

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – SETOR LITORAL

TANATA LANDGRAF MARTINEZ

SAÚDE MENTAL: CAPS O ATENDIMENTO FEITO AOS USUÁRIOS QUE FAZEM
O USO ABUSIVO DE PSICOATIVOS COMO CRACK, COCAÍNA E MACONHA

MATINHOS - PR

2019

TANATA LANDGRAF MARTINEZ

SAÚDE MENTAL: CAPS O ATENDIMENTO FEITO AOS USUÁRIOS QUE FAZEM
O USO ABUSIVO DE PSICOATIVOS COMO CRACK, COCAÍNA E MACONHA.

TCC apresentado ao curso de Graduação em
Serviço Social, Setor Litoral, Universidade Federal
do Paraná, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Israel Montesuma Oliveira.

MATINHOS - PR

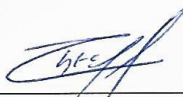
2019

PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

OS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA REALIZARAM EM 03 DE JULHO DE 2019 A AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC) DE TANATA LANDGRAF MARTINEZ, sob o título CAPS: ATENDIMENTO FEITO AOS USUÁRIOS DE PSICOATIVOS, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo a estudante sido

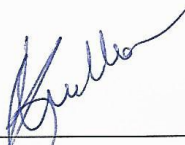
Aprovada (APL)

Matinhos, 03 DE JULHO DE 2019.



Orientador(a)

MSC. ISRAEL MONTESUMA OLIVEIRA



Integrante da Banca

DR. KARLA INGRID PINTO CUELLAR



Integrante da Banca

BARBARA DE PAULA DOS SANTOS (ASSISTENTE SOCIAL)

Todo esse tempo
Desde a primeira lágrima
Até o amanhecer de hoje
E em cada momento entre eles
Você esteve lá
Você sempre esteve lá
Sempre fui eu e Jesus
Você tem andado comigo todo esse tempo.
(BRITT NICOLE).

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que sempre esteve e comigo todos os dias da minha vida, meu melhor amigo, sempre me levanta, me sustenta e ampara que conhece todos os meus medos, anseios, desejos e sonhos. Que se revelou a mim de uma forma inexplicável, que me envolveu com seu amor e que me deu forças quando em desespero achei que não ia vencer essa etapa final da graduação.

Ao meu pai José Antonio Lopes Martinez motivo pela minha escolha de curso, pelo exemplo de vida e perseverança, que sempre me apoio, educou e ensinou, que não desistiu de lutar para me dar um futuro melhor, e em meio a tantas dificuldades sempre esteve presente em todas minhas conquistas e percas.

A minha mãe Ivone que mesmo de longe esteve sempre dando conselhos e torcendo por essa conquista.

As minha irmã Kelly que não tenho palavras pra agradecer, por tudo que fez por mim, a começar pelos 3 primeiros anos emprestando seu meio de locomoção (Uno Prata) todas as noites para que eu pudesse estar presente nas aulas, auxiliando financeiramente através do “uno” que servia para poder trabalhar com vendas de pães, ao companheirismo, cuidado, conselhos e orações de sempre, se fosse contar escreveria um livro, te amo.

A Minha irmã Elizana que da sua forma sempre esteve comigo me ajudando em tudo que precisei, muito obrigada pelas fotos, maquiagens, conversas, passeios que contribuíram para deixar meus dias mais alegres te amo.

Ao meu irmão caçula Enã Helom, que me aturou mau humorada nessa reta final da graduação amo você.

A minha madrastra que também me aturou mau humorada e compreendeu a importância dessa fase na minha vida.

Ao meu namorado Adailton que esteve ao meu lado não se importando com as circunstâncias, que vibrou junto comigo a cada vitória, muito obrigada “Amorzinho”.

A minha amiga Ana Flávia Rebouças, que esteve comigo desde o dia da inscrição, que me acompanhou e apoiou em cada etapa vencida, presente de Deus para alegrar minhas noites amo você.

Aos meus amigos que amo demais, Cassiano Kayan, Caroline Ribas, Josiane Rodrigues e Mariana Lopes meu muito obrigado vou levar esses momentos

que vivemos na memória pra sempre, as viagens, as músicas, as festas, os “rolês”, as risadas horas incansáveis de estudos, nossas brigas e discussões e até as terapias. Sem vocês tudo isso não teria graça meus, momentos mais felizes na faculdade foram ao lado de vocês, só agradeço a Deus pela vida de cada um.

Aos Colegas da 2015 por 4 anos de lutas, vitórias e “tretas”, “muitas tretas” desejo a vocês sucesso nessa nova fase, muito obrigada por cada momento.

A minha orientadora de campo de estágio Barbara de Paula Dias, por ter compartilhado suas experiências como profissional, terá sempre minha admiração, que não mediu esforços para ajudar quando mais precisei, que me aparou e me acolheu como uma irmã, te agradeço por tudo sem você não teria chegado até aqui.

A Minha segunda orientadora de campo Marcia Rodrigues, que apesar do pouco tempo que estivemos juntas se doou o máximo para transmitir suas experiências, meu muito obrigado.

A minha supervisora de estágio Lázara Luana Otto que foi super atenciosa e compreensiva em relação as dificuldades que enfrentei no campo de estágio, não poderia ter encontrado supervisora melhor, muito obrigada.

Ao meu orientador Israel Montesuma, que não mediu esforços e nem tempo para sanar minhas dúvidas, por ter compartilhado suas experiências e conhecimentos não tenho palavras pra agradecer o quanto suas mediações foram importantes nessa trajetória final, sem você não teria conseguido.

Aos Docentes do curso de Serviço Social meu muito obrigado em especial a Flávia Fachini, pelas aulas maravilhosas, a Silvana Tumelero pelas aulas, mediações de PA, e por estar sempre me auxiliando em tudo que precisei, a Professora Édina Vergara que me fez se apaixonar pela profissão, a professora Giselle meirelles pelas melhores aulas de verão, a professora Mirian Lopes que me socorreu e não mediu esforços para me ajudar quando tive problema com a matrícula e por ela não perdi o módulo, ao professor Antônio Sandro que me orientou e me aconselhou no módulo de TCCI, a todos professores que contribuíram pra que eu chegasse até aqui agradeço de coração.

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim e possível mudar a realidade”.
(NISE DA SILVEIRA)

RESUMO

O Presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo geral identificar como funciona o atendimento feito aos usuários que fazem o uso abusivo de psicoativos como crack, cocaína e maconha no CAPS de Matinhos/PR. Para isso foi feito um resgate do contexto histórico de como se deu a implementação do sistema de saúde em nosso país, enfatizando o processo da reforma sanitária, a Implementação do SUS e o processo que culminou na reforma psiquiátrica. Como metodologia dessa pesquisa, que é de caráter qualitativa e exploratória, foram utilizados como recursos, pesquisas bibliográficas em sites e livros, levantamento de dados através de aplicação de questionário e por fim processamento e tabulações das informações obtidas. Dessa forma o presente estudo tem caráter informativo, sobre como é feito o tratamento oferecido aos usuários de psicoativos no CAPS de Matinhos Paraná servindo também como um referencial da realidade local.

Palavras-chave: 1. CAPS 2. Matinhos Paraná 3. Atendimento 4. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The present work of conclusion of course has as general objective the service done to the users who make abusive use of psychoactive drugs like crack, cocaine and marijuana in the CAPS of Matinhos / PR. The proposal has been built in the development of process health, in the development of process sanary, the implementation of reform psycheiatric system. As the research is qualitative and exploratory, the bibliographic resources in websites and books, the collection of data through a resource application and the marking of information. For the present the CAPS of Matinhos Paraná also serves as a reference of the local reality.

Keywords: CAPS 1. Matinhos Paraná 2. attendance 3. psychiatric reform 4.

.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-Sexo	38
Gráfico 2 - Idade	39
Gráfico 3 - Cor	40
Gráfico 4 - Escolaridade	41
Gráfico 5 – Renda familiar	42
Gráfico 6 – Como conheceu o CAPS de Matinhos/PR	43
Gráfico 7 – Há quanto tempo recebe atendimento do CAPS de Matinhos/PR...	44
Gráfico 8 - Sua inserção nas atividades e nos atendimentos realizados no CAPS de Matinhos se deu de forma rápida	45
Gráfico 9 - Você percebeu melhorias na sua vida após o início do tratamento no CAPS de Matinhos/PR	46
Gráfico 10 - Qual a sua avaliação referente aos atendimentos que você recebe	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Perfil Demográfico de Matinhos – PR (Censo 2010 – 29.428 hab.).....	47
Quadro 2 População- sexo e faixa etária (Censo 2010 -29.428 hab.).....	48
Quadro 3 Produção Serviço social 2019	48
Quadro 4 Produção Terapeuta Ocupacional.....	49
Quadro 5 Produção Psiquiatria.....	50
Quadro 6 Produção Clínica Geral	50
Quadro 7 Produção Psicologia	50
Quadro 8 Produção Enfermagem	50
Quadro 9 Produção Artesã	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Sexo	38
Tabela 2 - Idade	38
Tabela 3 - Cor.....	39
Tabela 4 - Escolaridade	40
Tabela 5 – Renda familiar	41
Tabela 6 – Como conheceu o CAPS de Matinhos	42
Tabela 7 – Há quanto tempo recebe atendimento no CAPS de Matinhos/PR	43
Tabela 8 – Sua inserção nas atividades e nos atendimentos realizados no CAPS de Matinhos se deu de forma rápida	44
Tabela 9 – Você percebeu melhorias na sua vida após o início do tratamento no CAPS de Matinhos/PR	45
Tabela 10 – Qual a sua avaliação referente aos atendimentos que você recebe	46

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
SUAS	- Sistema Único de Assistência Social
CREJE	- Casa de Recuperação Jesus é a vida
CAPs	- Caixas de Aposentadorias e Pensões
IAPs	- Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
SUS	- Sistema Único de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas

Sumário

1. APRESENTAÇÃO DO TRABALHO (INTRODUÇÃO, OBJETO, TEMA, PROBLEMA, METODOLOGIA).....	13
2. CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL.....	20
2.1 INTERVENÇÃO DO ESTADO NA SAÚDE	21
2.2 A SAÚDE DURANTE A DITADURA MILITAR.....	25
2.3 REFORMA SANITÁRIA E CRIAÇÃO DO SUS	27
2.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA	31
3. ESTUDO DE CASO SOBRE O ATENDIMENTO FEITO PELO CAPS EM MATINHOS/PR	36
3.1.1 DADOS DO RELATÓRIO GESTÃO DE SAÚDE MATINHOS-PR	47
3.1.2 Saúde mental Centro de Atenção Psicossocial CAPS I	48
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICE 1 – ENTREVISTA ENCAMINHADA AO PROFISSIONAL 1 E AO PROFISSIONAL 2	58
APÊNDICE 2 – Questionário aplicado aos usuários de Psicoativos como crack, cocaína e maconha.	59
APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-----	60

1. APRESENTAÇÃO DO TRABALHO (INTRODUÇÃO, OBJETO, TEMA, PROBLEMA, METODOLOGIA).

O presente trabalho abordará a questão do atendimento oferecido pelo CAPS de Matinhos/PR para os usuários que fazem o uso abusivo de psicoativos ilícitos como crack, cocaína e maconha, a proposta do presente trabalho é identificar se o atendimento prestado a esses usuários é adequado de acordo com as exigências estabelecidas pelas Leis que regem a Instituição do CAPS.

O tema surgiu no modulo de projeto de TCC1, quando foi nos sugerido em sala de aula pensar em algum tema que tivesse relevância em nossa vida acadêmica e secular, a partir desse momento pude refletir em um tema que fosse pertinente e pudesse me levar a entender e identificar fatores a qual eu presenciava, porém não conhecia inteiramente.

Meu pai é fundador de uma casa de recuperação Jesus é a Vida (CREJE) situada no município de Matinhos há 10 anos, e desde esse período, convivemos diretamente ou indiretamente com inúmeras particularidades de pessoas, e desafios impostos nessa escolha de vida. Deste pressuposto nasce à ideia de compreender melhor os fatores que norteiam os atendimentos prestados aos usuários de psicoativos na cidade de Matinhos/PR, notou-se que a grande maioria de internos da casa de recuperação Jesus é a Vida (CREJE) nunca recebeu atendimento da rede SUAS (Sistema Único Assistência Social) de forma individual nem coletiva, e a real importância de se compreender melhor os motivos que levam as pessoas a fazer o uso abusivo de psicoativos.

Abordar sobre uso abusivo de drogas ilícitas como crack, cocaína e maconha é um desafio no presente século, pois não se interliga com fatores econômicos, sociais, raciais ou de gênero, e sim ao desejo de se entorpecer por substancias mais fortes, abrangendo uma gama de pessoas que muitas vezes aceitam suas condições e vivem normalmente ou as que precisam de intervenção da família ou Estado.

Com relação ao grupo de pessoas que necessitam da intervenção do Estado iremos articular sobre o dispositivo que presta atendimento aos usuários de psicoativos em Matinhos/PR, falaremos de uma política pública implementada no país no ano de 1986 que são os Centros de Atendimentos Psicossociais (CAPS).

No presente trabalho também veremos sobre os seguintes processos que culminaram em nosso modelo atual de saúde, bem como o processo histórico da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica.

Segundo o Ministério da saúde o objetivo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, p.13).

O presente trabalho tem como objeto de Estudo os usuários/as de psicoativos atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Matinhos Paraná, a partir disso faremos menção do grupo de usuários que fazem o uso abusivo de substâncias consideradas ilícitas como cocaína, crack e maconha.

Dizer que uma pessoa é usuária de psicoativo significa reconhecer que esta prática é uma entre as inúmeras práticas, atividades, escolhas, possibilidades e potencialidades daquela pessoa. No entanto, dizer que uma pessoa é drogada comumente significa dar ênfase ao caráter ilícito da substância usada e, sobretudo, significa reduzir toda a trajetória e a biografia daquela pessoa ao uso de “drogas”. É como se esta prática social - o uso de psicoativo - aniquilasse a totalidade de sua personalidade, de suas escolhas, de sua moralidade, de sua condição social e profissional, reduzindo-a a condição de drogada. (CFESS, 2016, p 9)

O interesse sobre o assunto se deu através da aproximação com usuários de psicoativos tratados na casa de recuperação Jesus é a Vida (CREJE) fundada no ano de 2009 na cidade de Matinhos/PR no Balneário Sant’ Etienne por meu pai José Antônio Lopes Martinez, e observando o cotidiano dos usuários de psicoativos pude vivenciar os desafios impostos a eles na questão de tratamento oferecido pelo poder público, desde então surgiu a curiosidade sobre o tema e sobre políticas públicas direcionadas a esse público alvo.

Durante o período de graduação em Serviço Social na Universidade Federal do Paraná- setor litoral também pude ter aproximações com o tema, em discussões em sala de aula e em seminários apresentados, foi nessa época que veio ao meu conhecimento algumas políticas públicas referentes ao tema e entre elas uma que me chamou a atenção pela forma de tratamento oferecida aos usuários/as de psicoativos, chamados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Políticas públicas podem ser definidas como a soma de atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação (SOUZA, 2006). A partir desse contexto de Acordo com Franzese conclui-se que o Governo também adere parceiros na promoção de Políticas Públicas. Em contrapartida também caracteriza-se a responsabilidade do Governo no comando, motivo pelo qual se pode usar outra explicação de Políticas Públicas mais clara e direta, que é “o Estado em Ação”.

Em relação ao atendimento proporcionado pelos CAPS, segundo o Ministério da Saúde, os CAPS visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
 - gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado.
 - promover a inserção social dos usuários através de ações Inter setoriais que, envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.
- Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
 - regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
 - coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
 - manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. p 13).

Para atender essa população o CAPS conta com uma equipe mínima de profissionais, sendo eles: 1 médico psiquiatra ou com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior que atuam em diferentes áreas, por exemplo: Psicólogo, Assistente Social, pedagogo ou terapeuta ocupacional, e 4 profissionais de nível médio.

4.1.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composto por:

- A - 01 (um) médico com formação em saúde mental;
 - b - 01 (um) enfermeiro;
 - c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
 - d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.
- (BRASIL, 2002).

Diante desse contexto é importante saber que foi desenvolvido ao longo dos anos novas alternativas de tratamento, entre elas se destaca os Centros de atenção Psicossocial, que foram criados com intenção de romper com os métodos de isolamento Hospitalar onde a loucura era tratada com desumanidade por essas instituições, cuja forma de atendimento trazia mais danos do que benefícios aos pacientes, o novo método oferecido pelo CAPS se atenta para o indivíduo e não para a doença disponibilizando uma forma de atendimento de qualidade, com direito ao acesso de acompanhamento clínico, também a reinserção social através do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Em relação aos usuários do CAPS, são acolhidas pessoas associadas a transtornos mentais como: depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), Para os diferentes casos o CAPS oferece 3 tipos de tratamento sendo eles: atendimento intensivo, que se destina aos pacientes que sofre com grave transtorno psíquico, nesse caso o atendimento é feito diariamente e o usuário permanece na instituição no mínimo o período de um turno, Atendimento Semi-intensivo, nesse caso o usuário recebe atendimento pelo menos 12 dias no mês e já tem suas primeiras aproximações com relação ao convívio familiar e social, atendimento não intensivo, para esse caso o usuário não necessita de acompanhamento contínuo da equipe multiprofissional e recebe apenas 3 atendimentos mensais.

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

- o - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias (BRASIL, 2002).

É importante ressaltar também, que usuários que utilizam os serviços oferecidos como forma de tratamento, estão inclusos em uma série de benefícios

dentre eles estão: reabilitação, inclusão social, interações pessoais, tendo em vista sempre a reinserção do usuário na família e sociedade, além disso, com esse aprendizado os usuários tem suporte para ser inserido no mercado de trabalho, em vínculos de amizade e até amorosos que reduzem portanto internamentos.

Esses fatos apontam o caminho certo a percorrer, em relação ao resgate dos direitos e autonomia dessas pessoas tão estigmatizadas ao longo da história, mais é valido compreender também as dificuldades impostas aos profissionais, com baixos investimentos governamentais, que impossibilitam a inclusão de novas tecnologias e capacitação para os profissionais, que os impedem de alcançar todos os objetivos propostos pela reforma psiquiátrica.

Em visita ao CAPS de Matinhos/PR pode-se observar que existe uma equipe técnica como o previsto na regulamentação, porém a parte estrutural não está adequada, exigindo melhorias, a qual esta sendo implementada no presente momento. Segundo relatos não documentados de usuários do programa que já receberam ou estão recebendo atendimento constatou-se que há controvérsias, para uns a uma importância e relevância maior do que para outros sobre o atendimento prestado no CAPS de Matinhos/PR. Portanto através desses relatos obteve-se o seguinte **problema de pesquisa**: sobre o atendimento dos usuários do CAPS de Matinhos/PR se ele está de acordo com o proposto para a Instituição, também as seguinte pergunta de Pesquisa: O Atendimento é adequado?

Sobre a intervenção aplicada pelo serviço social na unidade de Atenção Psicossocial é inegável que os assistentes sociais atuam em diversas expressões da questão social, que são vivenciadas pelos usuários como, desigualdades econômicas, sociais, de dominação de gênero, violência familiar etc. É sobre essas circunstâncias que a sistematização dos dados recolhidos através da instrumentalidade na prática profissional é fundamental, pois ela abarca todo o método de organização teórico metodológico e técnico instrumental.

Para Almeida (1997) Sistematizar é um momento de extrema importante para a prática do serviço social, pois possibilita uma interação entre o sujeito e o objeto. Sendo assim, o profissional deve analisar esta relação em seus diversos aspectos, político, ético, institucional e social (apud HORA, 2016).

A consequência da falta de Sistematização de tais dados implica diretamente na estruturação de um pensamento e postura crítica-investigativa, diante da apresentação de respostas para o Centro de Atenção social, Nesse caso a partir do

momento que o profissional ignora a necessidade de por em prática o ato que vincula a reflexão teórica, ele não consegue garantir a integridade do fazer profissional uma vez que a sistematização da prática do serviço social necessita de uma teoria, nesse contexto teoria marxista que norteia a profissão, ao se compreender a importância da sistematização de dados, podemos então dar início ao **objetivo geral** do presente trabalho que se refere ao Identificar como funciona o atendimento feito aos usuários que fazem o uso abusivo de psicoativos como crack, cocaína e maconha do CAPS de Matinhos/PR e tem como **objetivos específicos**:

- Realizar levantamento de dados, informações e referencial bibliográfico.
- Aplicar questionário para os usuários do CAPS de Matinhos que fazem o uso abusivo de substâncias ilícitas como: Crack, cocaína e maconha.
- Realizar entrevista com dois profissionais que fazem atendimento no CAPS de Matinhos/PR.

Identificar o perfil socioeconômico dos usuários do CAPS de Matinhos/PR

- Realizar processamento e tabulações das informações.
- Apresentar as informações.

Este projeto tem como ponto inicial uma pesquisa qualitativa e exploratória, em primeiro momento para conseguir ter acesso a pesquisa no CAPS de Matinhos Paraná precisou-se obter uma autorização do Secretário de saúde do Município, foi enviada uma carta de solicitação de autorização para pesquisa em banco de dados no dia 18/06/2018 e obteve-se resposta positiva na mesma semana, a partir disso pude começar a iniciar o processo de pesquisa sobre o tema, em livros da biblioteca do Serviço social bem como artigos e monografias via internet.

No mês de Julho de 2018 deu-se início ao projeto de TCC1, nesse período foi estudado o contexto histórico da reforma psiquiátrica como se deu esse processo, como foi instaurado o primeiro CAPS e as transformações que surgiram na saúde mental através dele.

No mês de Janeiro de 2019 foi feita leituras sobre o tema, para só então no Mês de abril dar início ao módulo de TCC2, nesse período foi feita a estrutura do trabalho delimitando o assunto para se ter mais clareza do que realmente queria passar para o leitor, e a importância dessa pesquisa na contribuição de dados da realidade local do CAPS de Matinhos Paraná.

Nos dias 20 a 22 de maio de 2019 foi desenvolvido o Questionário de 11 questões fechadas para coleta de dados do perfil dos usuários de crack, cocaína e maconha atendidos pelo CAPS de Matinhos/PR, bem também como questionário de 5 questões discursivas e 2 questões fechadas sobre como se dá o atendimento e estrutura do local para entrevista com dois funcionários que trabalham no CAPS de Matinhos/PR por questões éticas chamaremos os funcionários que foram entrevistados de Profissional 1 e Profissional 2.

No dia 23 foi feito contato com Profissional 1 do CAPS de Matinhos, para marcar a entrevista, a entrevista foi marcada para o dia 24/05/2019 às 9h. Ao chegar no CAPS na data e hora marcada não pude ser recebida pelo Profissional 1 por motivo de um atendimento de urgência, aguardei alguns minutos até ser recebida pelo Profissional 2 onde relatei o motivo da entrevista, ele concordou em responder o questionário mais não naquele momento, pois tinha compromisso, e ficou acordado de mandar resposta na segunda-feira dia 27/05/2019 por rede social através de gravação de áudio para facilitar o processo para ele, já que estava com agenda cheia, o Profissional 1 também pediu para fazer o processo de responder o questionário da mesma forma e no mesmo dia.

No dia 27/05/2019 não pude concluir essa fase da pesquisa por motivos operacionais.

No dia 02/06/2019 foi aplicado o questionário a alguns dos usuários que fazem acompanhamento no CAPS de Matinhos.

Este trabalho é um requisito obrigatório para conclusão da graduação em Bacharel em Serviço Social da Universidade Federal do Paraná-Setor Litoral, a partir disso foi escolhido como fator norteador da Pesquisa os usuários/as de psicoativos atendidos pelos CAPS de Matinhos/PR.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) em cada 20 adultos, ou seja, 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos consumiram pelo menos uma droga no mundo em 2014, segundo o Relatório Mundial sobre Drogas 2016 do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). O Uso de entorpecentes foi identificado como problema importante de saúde pública para as Américas que foi relacionado a um número importante de mortes prematuras e deficiências (BRASIL, 2018).

Segundo a LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001, que diz respeito à proteção e os direitos das pessoas que possuem transtornos mentais e apresenta-se como uma nova mudança modelo assistencial em saúde mental.

O Art. 1º da Lei de Reforma Psiquiátrica afirma que os direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental são assegurados *sem qualquer forma de discriminação* quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outro.

O parágrafo único do Art. 2º da Lei ressalta os direitos das pessoas com transtornos mentais:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Diante desse contexto esta pesquisa tem caráter informativo, sobre o dispositivo CAPS de Matinhos/PR no tratamento e usuários/as de Psicoativos, que pode ser usado como referencial da realidade local, através de dados coletados na instituição, mostrando como se dá o tratamento de usuários de psicoativos, como: crack, cocaína e maconha no município.

2. CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

Para compreender o modelo atual do sistema de saúde, faz-se necessário conhecer o processo histórico que se deu na implementação desse sistema em nosso país. De acordo com Polignano (2001, p. 4) no início do século XX a cidade do Rio de Janeiro estava enfrentando uma crise sanitária causada pela presença de várias doenças de quadro grave, entre elas a Varíola, a malária, a febre amarela e logo em seguida a peste, o que ocasionou sérias consequências tanto para população quanto para outros setores como comércio exterior, que devido a grande

infestação de doenças os navios estrangeiros se recusavam a desembarcar na cidade.

Nessa época o Presidente do Brasil Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se dispôs a sanar os problemas enfrentados a respeito da febre amarela, no combate a epidemia do mosquito causador da doença, foi necessária a contratação de 1.500 “guardas-sanitários”, que trabalhavam na desinfecção, a população não compreendia o que realmente estava acontecendo e pedia por esclarecimentos, já o governo como forma de agir de uma maneira autoritária não passava as devidas informações causando revolta na população.

Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, Polignano relata também que essa forma de ação foi adquirida de uma visão de governo militar e autoritarista onde os fins justificam os meios e o uso da força e da autoridade era usado como instrumento preferencial de ação, a população atemorizada com a maneira utilizada para a desinfecção, revolta-se tanto que uma das vezes o Presidente Rodrigues Alves convoca Oswaldo Cruz ao Palácio do Catete e pede para que ele pare de queimar os colchões e roupas dos doentes, mesmo ele acreditando em seus métodos e estratégias sanitaristas.

Apesar de tudo o que estava acontecendo, como o descontentamento da população ainda assim Oswaldo Cruz toma como medida a Lei Federal nº1261 de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional, é nesse momento que nasce um grande movimento popular de revolta que ficou marcado na história chamado a Revolta da vacina..

2.1 Intervenção do Estado na Saúde

Este período foi o momento que Oswaldo Cruz organizou a diretoria geral de saúde pública, formando uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no instituto Oswaldo Cruz. Alguns anos depois sucessor de Oswaldo, Carlos Chagas reformulou o Departamento Nacional de Saúde, adotando a propaganda e educação sanitária na rotina do procedimento, atualizando o modelo

campanhista de Oswaldo Cruz que tinha como método principal o modelo fiscal e policial.

A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922. BRAVO et al (2009).

De acordo com Bravo nessa época também foram inseridas as Questões de saúde e higiene do trabalhador, período onde algumas decisões foram tomadas e deu se origem ao esquema Previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que ficou conhecida em 1923 como Lei Elói Chaves. “As CAPs eram mantidas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados” BRAVO et al (2009). As empresas organizavam as CAPs de forma que só grandes instituições eram capazes de mantê-las.

As CAPs, entidades públicas com larga autonomia com relação ao Estado, são instituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, geridas através de representação direta de empregados e empregadores, tendo finalidade puramente assistencial: benefícios em pecúnia e prestação de serviços. Seus recursos têm origem tripartite: contribuição compulsória de empregados e empregadores (3,0% do salário e 1,0% da renda bruta da empresa) e da união (1,5% das tarifas de serviços). O Estado institui, em tese financia em parte, e normatiza essa modalidade de seguro social, mas não participa diretamente do seu financiamento. (COHN et al, 2006. p 14,15).

Os autores Elias e Dourado (2011) abordam que “A origem da intervenção estatal na assistência à Saúde no Brasil tem na Lei Elói Chaves um significado Marco”. Marco legal organizado para as aposentadorias, pensões e assistência médica que fazia uma reprodução ao que estava acontecendo na Europa desde o século anterior. De acordo com o modelo Europeu está política pública surge ligada ao mundo do trabalho pensando no fundamento setorial corporativo, mas no caso do Brasil não se desempenhou um modo que alcançasse a totalidade de trabalhadores mais apenas uma parcela deles, exatamente os associados aos meios mais ativos da economia na época, como os ferroviários e os portuários. O financiamento acontecia apenas por meio de desconto obrigatório de empregados e empregadores em folha de salário não contendo nenhuma operação de meios fiscais do governo.

Para os autores Elias e Dourado (2011) a assistência médica previdenciária surge no Brasil como mercadoria na forma de seguro social. Para garantir os serviços de saúde era necessário o pagamento obrigatório, tipificando a construção

de um sistema de assistência urbano quando o maior número de pessoas vivia no campo, sistema dividido e excludente (urbano-rural e no urbano trabalhador/não trabalhador e entre os trabalhadores segundo a vinculação aos polos dinâmicos de acumulação econômica).

A política de saúde reformulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará nas condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2009. p 91).

Isto vem ao encontro de Cohn que conclui que a partir desse instante ocorre a separação de responsabilidades, onde para o Estado ficam destinadas medidas coletivas de saúde no combate as endemias, que se constituem como sérios empecilhos para o progresso dos serviços econômicos da agroexportação, que tem como meio de sustentação principal a arrecadação orçamentária. Em Contrapartida a assistência médica individual tem o dever do seguro social que são mantidos através de contribuições

E é a partir desse momento, também, que tem origem uma característica crucial da saúde em nosso país: a concepção da assistência médica, muito mais restrita que saúde, como pertinente à esfera privada e não à pública. Não se constitui, portanto, saúde como direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório. (COHN et al. 2006, p 15)

De acordo com os autores Elias e Dourado (2011) o modelo orientado pela lógica setorial (corporações de trabalhadores) tem sua manifestação concluída nos anos 30 e 40.

Segundo Braga e Paula (1986, apud BRAVO et al, 2009, p 91) As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram:

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;

- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana);
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

COHN relata que nos anos 30 acontece a formação das IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que oficializam o seguro social dividindo as classes assalariadas urbanas, por categorias de profissionais em diversos setores de atividades econômicas: marítimos, bancários, comerciários, industriários entre outros. Nesse instante transformado em autarquias os recursos passam a ser administrados pelo Estado permanecendo a utilizar os recursos da tripartite, com uma grande diferença que agora o patrocínio é calculado, como a dos trabalhadores, sobre o salário pago.

A estrutura dos IAPs, convivendo ainda por décadas com estrutura das CAPs remanescentes em várias empresas, permanece até 1966, quando então é unificado todo sistema previdenciário no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) COHN et al (2006).

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 53, mas não foi implementado (BRAVO et al 2009. p 92).

De acordo com Bravo, a circunstância da saúde nos anos de 1945 a 1964 (com algumas exceções identificadas nos anos 50, 56 e 63 em que os recursos gastos com a saúde pública foram a favor e alcançaram melhorias nas condições sanitárias) não conseguiu sanar os problemas dos quadros de doenças infecciosas e parasitárias e as grandes taxas de morbidade e mortalidade infantil, bem também como mortalidade em geral.

Para Bravo o sistema de atendimento hospitalar no âmbito privado com fins lucrativos, já havia se consolidado em meados dos anos 50 e estava direcionada a formação de empresas médicas. A instituição médica estava diretamente ligada aos interesses capitalistas, e até aquele momento a mais organizada e pressionava o

Estado para obter financiamento da produção privada, defendendo fielmente a privatização. Porém ainda que sobre fortes pressões a assistência médica previdenciária, até 1964, era oferecida fundamentalmente pelos serviços exclusivos dos institutos. As maneiras de adquirir os serviços médicos a terceiros são basicamente minoritária e pouco relevante na representação geral da prestação da assistência médica pelos institutos. Bravo identifica que esta situação será muito diferente no regime que se passou no período de 1964 como veremos a seguir.

2.2 A saúde durante a ditadura militar

Ao referir-se a tal assunto Bravo diz que, a ditadura teve um valor bem significativo para a população brasileira, a declaração de uma inclinação de desenvolvimento econômico-social e político que formou um novo país. Não houve melhorias para os enormes problemas estruturais, e se tornaram muito mais complicados com uma proporção ampla e crítica.

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (Bravo et al 2009. p 93).

Bravo considera que a união da previdência social, com ligação dos IAPs em 1966, resultou em duas características essenciais: o aumento da responsabilidade de intervenção do Estado na coletividade e a suavização dos empregados do jogo político, com a eliminação na gestão da previdência, restando-lhes apenas a responsabilidade de financiadores.

A primeira ação significativa no sistema previdenciário brasileiro ocorreu em 1966 com a unificação dos IAPs e a constituição do instituto nacional de previdência social (INPS). A criação do INPS permitiu uma uniformização dos institutos, principalmente nos termos dos benefícios prestados, causando certa insatisfação naqueles contribuintes de institutos com mais benefícios; afinal com a unificação, a assistência dos institutos mais ricos podia também ser usufruída pelos contribuintes de outros institutos, que contribuíam com valores menores e que não apresentavam uma assistência de tão boa qualidade. Tal fato ocasionou uma migração de pacientes de alguns institutos e a superlotação de alguns hospitais, gerando filas, demora no atendimento e outros problemas, o que culminou em uma insatisfação geral. (VENÂNCIO, 2008. P 21,22)

Outro aspecto levantado por Bravo foi a imposição da medicalização tanto na saúde pública como na previdência social. Nesse período o setor de saúde também precisava admitir particularidades capitalistas, com a inclusão de mudanças tecnológicas realizadas no exterior. A saúde pública nessa época teve uma decadência e a medicina previdenciária expandiu, especialmente depois da reformulação do setor, em 1966.

Segundo Oliveira e Teixeira Fleury (1986 p. 207, apud BRAVO et al, 2009, p 94).

Segundo Teixeira (Oliveira e Teixeira, 1986: 207) foi implantado no país, nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características: Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos; Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços; Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

Bravo por seu lado, afirma que a categoria de poder estabelecido no dispositivo estatal em 1964, não consegue atingir durante o período de 10 anos, sua hegemonia, e necessitou aos poucos ir mudando sua relação com a sociedade civil, aconteceu também à necessidade de constituir novos canais de intermédio, que validassem a dominação burguesa e seus valores políticos, econômicos e sociais.

Em relação à política social Bravo conclui que no período de 1974 a 1979, teve no enfrentamento da “questão social” o objetivo de se ter maior estabilidade, com intuito de centralizar as reivindicações e pressões populares.

Outro aspecto levantado por Bravo ao que se refere à política nacional de saúde foi o enfrentamento de uma constante pressão entre o aumento dos serviços, a disponibilidade de bens financeiros, os interesses provindos da união burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e o surgimento do movimento sanitário. Para Bravo as mudanças feitas na estrutura organizacional não alcançaram destaque no retroceder da política de saúde, definida pelo predomínio

da participação na previdência social, por meio de ações curativas, lideradas pelo setor privado.

2.3 Reforma Sanitária e criação do SUS

Segundo Venâncio (2008) durante o período do regime militar autoritário, a aplicação do capital na área da saúde pública foi insuficiente, no quesito de doenças que já tinham sido eliminadas voltaram, doenças já combatidas agora gerando novos surtos epidêmicos, medidas básicas como saneamento e políticas de habitação foram deixadas de lado, aumentando a pobreza e a desigualdade social.

Venâncio relata que com o fim do “milagre econômico” em um ambiente de crise política, institucional e econômica o governo militar começa a adquirir novos meios para assegurar sua manutenção, entre eles a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de abertura de governo.

Venâncio afirma que o II PND demonstrou a formação de uma política de desenvolvimento que tinha como intuito a definição de estratégias de desenvolvimento social, trazendo a inclusão e a interdependência das políticas estatais, um salto na política de Estado, pois foi o fato que marcou o acordo de junção da política econômica e social. O movimento de início, em outro critério, deu a possibilidade de aumentar a manifestação sucessiva dos movimentos sociais, que até este momento, estavam sofrendo com a repressão e não tinham espaço para executar as demandas.

Venâncio diz que a partir desse contexto houve a possibilidade do fortalecimento do “movimento sanitário” que tinha como suporte o apoio das instituições acadêmicas com um grande amparo teórico, Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), entre outras. O raciocínio pertinente ao setor saúde disseminava o assunto sobre as condições sociais e de saúde com críticas relevantes sobre a conduta do governo brasileiro exigindo transformações efetivas na assistência à saúde no Brasil.

O movimento sanitário buscava reverter à lógica da assistência à saúde no Brasil apresentando quatro proposições para debate:

- A saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou qualquer outro critério de discriminação;
- As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo;
- A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios;
- O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde. (VENÂNCIO, 2008 p.23,24)

Os reformistas segundo Venâncio (2008), pretendiam alcançar a universalização do direito à saúde, a união dos serviços prestados pelo Instituto Nacional de Assistência médica da Previdência social (Inamps) que se transformou no órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico assistencial da previdência social, e do Ministério da Saúde (MS) em um único sistema em totalidade das ações (tendo certeza da garantia do acesso as ações de prevenção e assistência médica). Foi nesse momento que se ampliou o debate sobre o direito a saúde no Brasil.

A saúde passava a assumir um sentido mais abrangente, sendo resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde, dentre outros fatores. Portanto, o direito a saúde significava a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, em todos os níveis, de todos os habitantes do território nacional. (VENÂNCIO, 2008 p.26)

Venâncio afirma que a partir desse pressuposto o plano de reforma para a saúde era também um projeto de reforma de Estado. O objetivo da Reforma Sanitária nesse contexto pretendia que o Estado fizesse uma revisão no modo de trabalhar, mudando a lógica burocrática em que se concentrava o poder para uma disposição social, em que houvesse redistribuição de renda e participação ativa na construção desse novo Estado, agora de objetivo democrático.

De acordo com Bravo o principal acontecimento para se discutir a saúde no Brasil foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreu em março de 1986, na cidade de Brasília – Distrito Federal. Os temas centrais anunciados foram: I A saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III financiamento setorial.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus

fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO et al, 2009 p.96)

Venâncio também comenta que na 8ª conferência havia cerca de 4.000 pessoas nas discussões, que aprovaram integralmente, a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo com relação às práticas de saúde determinadas.

Segundo Venâncio no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde consta:

Saúde como Direito – em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (VENÂNCIO, 2008 p.30).

Para Venâncio as propostas da 8ª CNS não se estabeleceram naquele momento. Depois da conferência por decisão das MPAS/Inamps, foi instituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que foi a ponte para a construção do SUS.

Venâncio continua dizendo que ao mesmo tempo em que o Suds era implantado, acontecia uma discussão na Assembleia Nacional Constituinte 1987/88. Na reunião o relatório da 8ª CNS foi levado em consideração para a discussão da reforma do setor de saúde, e o SUS em conclusão aprovado.

Segundo Venâncio (2008, p.31 apud Faria, 1997).

O debate constituinte foi acirrado e revelou resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor de saúde e da Medicina autônoma, além de conflitos de interesses entre os reformistas atrelados ao MS e os reformistas da Previdência Social. As disputas de interesse não foram suficientes para barrar aprovação do SUS e seus princípios, mas impediram a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, tais como o financiamento a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras.

De acordo com Polignano (2001, p. 22) na constituição de 1988 no capítulo VIII da Ordem social e na seção II de diz respeito à saúde define no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

E no artigo 198 que define o Sus da seguinte maneira:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade

“Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Segundo Polignano (2001, p. 22) o texto Constitucional nos mostra que a criação do SUS tinha como base um modelo de saúde voltado para as exigências da população, buscando retomar o dever do Estado com o Bem-estar social, principalmente no que diz respeito à saúde coletiva, estabelecendo como um dos direitos da cidadania.

Apesar do SUS ter sido estabelecido pela Constituição de 1988, ele foi apenas regulamentado em 19 de setembro de 1990 pela Lei 8.080. Esta lei estabelece o Modelo Operacional do SUS, determinando a sua forma de organização e funcionamento. Inicialmente a saúde passa ter um cunho mais abrangente conforme diz a Lei 80080/1990 em seu art.3.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

(BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990).

A (Lei 80080/90 instituiu ainda como princípios do Sistema Único de Saúde SUS).

* **UNIVERSALIDADE** - o acesso às ações e serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas de forma gratuita, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; (BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990).

* **EQUIDADE** – é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida; (BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990).

* **INTEGRALIDADE** - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde atender a todas as suas necessidades sem fragmentá-lo, mas integrando-o à comunidade levando em conta todos os aspectos envolvidos na vida do ser humano (biológicos, psíquicos, sociais etc.), garantindo o direito às diversas ações em saúde: promoção, prevenção, recuperação e reabilitação que precisam estar articuladas conforme prevê o art. 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990).

Para POLIGNANO (2001, p. 23), destes princípios doutrinários derivaram alguns princípios organizativos do SUS, são eles:

* **HIERARQUIZAÇÃO** - entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra referência.

* **PARTICIPAÇÃO POPULAR** – ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidados através da participação dos usuários dos serviços de saúde nos Conselhos Municipais de Saúde;

* **DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA** - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.

2.4 Reforma psiquiátrica

Segundo Pessotti (1996) para se compreender a importância da política de saúde Mental nos dias atuais, que se deu através de lutas e resistências é necessário também entender seu contexto histórico, político e social que foram fatores de suma importância para a atual conjuntura. Faremos um breve estudo sobre o Saber Psiquiátrico ou História da Loucura, no Período da Idade Média a Igreja tinha um grande poder sobre a sociedade, com essa influência usava artifícios de manipulação sobre os casos que ocorriam naquela época, e para a igreja a loucura era considerada “possessão demoníaca”, uma vez que para manter seu poder precisava identificar entre “possessão resultante de demônios” dos “verdadeiros milagres”, que por sua vez eram raros.

Foi a partir do século XVII que começaram a surgir os primeiros experimentos científicos e começa a serem derrubadas às explicações da igreja para a loucura. Com os avanços na medicina, para se tornar específica na área da loucura ela

precisa eliminar os conceitos antes postos tanto para filosofia ou psicologia, buscando algo físico ou natural no cérebro. Com isso a loucura passa a ser associada à doença física e natural, a partir disso a psiquiatria só alcança regulamentação no século XIX, mesmo que tivesse envolvimento com uma série de problemas internos, por sua vez nesse período faltava uma base experimental da fisiologia nervosa, Com tudo isso ainda tinham um forte ligamento com o fundamento organicista da loucura. (apud SPOHR, 2011).

De acordo com Schneider (2009) a respeito da desconsideração dos problemas internos a Psiquiatria se insere no campo da Medicina participando de seu desenvolvimento, e reproduz com exatidão as normas de compreensão e intervenção, apesar de que seus motivos de estudos fossem basicamente diferentes, progredindo do padrão empírico para o padrão de anatomia patológica (apud Spohr, 2011) a autora continua e diz que, para se estabelecer cientificamente a medicina da um salto epistemológico, com base na observação, na veracidade aos dados empíricos, na atenção a experimentação, nos métodos técnicos (autopsias e dissecações), e rompimento com teorias vagas.

Spohr (2011) aponta que ao seguir os passos da Medicina a Psiquiatria se apropria das descobertas feitas pela Medicina, ignorando que seus motivos de estudo sejam completamente diferentes, como consequência a psicopatologia passa a ser considerada como doença. Com a mudança dos princípios psicológicos em biológicos a Psiquiatria se apropriou desse conceito e considerou como principal fator causador da doença as causas biológicas já os fatores psicológicos ficaram em segundo plano.

Segundo o autor Essa mudança trouxe inúmeras consequências, que nos rodeia até os dias atuais, para se entender pode se iniciar com a compreensão da loucura como doença física com diagnóstico localizado no cérebro, a partir disso a Psiquiatria pesquisou formas de tratamento para controle através de remédios psicotrópicos (que alteram a função Psicoquímica) além de também utilizar para complemento outras formas de tratamento, com isso a Psiquiatria se dedica apenas a explicação biológica deixando de dar importância ao problema psíquico.

Outro aspecto levantado por Spohr (2011) são que as formas de tratamento Psiquiátrico era baseado em isolamento e violência, que teve como consequência pacientes dependentes e incapacitados, gerando exclusão e impossibilidade de recuperação de pacientes internados. Com o resultado de uma forma desumana na

realização do tratamento, começa a se ter conhecimento das condições precárias e de violência as quais os pacientes eram obrigados a passar, também houve um crescente número de casos onde a doença se tornou crônica e as pessoas foram impedidas retornar ao convívio social e familiar, é a partir desse contexto que começa-se a formar os movimentos reformadores, por parte dos intelectuais, profissionais de saúde, familiares e pacientes que começam a questionar o sistema até então estabelecido sobre a forma de tratar a loucura.

De acordo com o ministério da Saúde (2005) a reforma psiquiátrica no Brasil iniciou-se nos anos 70, em 1978 se constata o princípio efetivo do movimento social pelos direitos das pessoas com transtornos mentais no país, surgem nesse ano algumas classes que se revoltam e denunciam fatos decorrentes como, a violência sofrida pelos pacientes de manicômios, a mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de assistência, dentre essas classes estão, pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, sindicalistas, movimento dos trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), membros de associações de profissionais, se unem através de uma crítica construída em conjunto com a sociedade ao “Saber Psiquiátrico”.

Para os autores Andrade e Maluf (2017) Esses fatos aconteceram em um período onde a reforma Psiquiátrica vinha ocorrendo em alguns países, com uma ideia contra domínio do modelo vigente que tinha como base o isolamento das pessoas com transtorno mentais, nessa época esse modelo foi considerado ineficiente em seus argumentos práticos e teóricos, como aponta o livro a História da loucura de Foucault.

Segundo os autores Andrade e Maluf (2017) Podemos analisar também o contexto histórico de alguns países em seus respectivos movimentos em favor da reforma Psiquiátrica, por exemplo, Itália, França e Estados Unidos estavam vivenciando o pós- segunda guerra além de outros movimentos que para Desviat em seu livro que tem por título A Reforma Psiquiátrica foram os motivos que impulsionaram esses processos, que também aconteceram de maneiras diferentes com características autênticas em cada país que o autor chamou de distintos momentos históricos da reforma Psiquiátrica no mundo, que contava com condições propícias em relação ao sistema político e social.

Para o Ministério da Saúde (2005) no Brasil a Reforma Psiquiátrica iniciou no mesmo período do processo de redemocratização e de uma nova formação do

sistema de saúde a partir dos movimentos sociais e junto ao “movimento sanitário”. Esses movimentos que tinham uma visão antimanicomial visavam acabar com o modelo de saúde asilar biomédico e lutavam a favor do reconhecimento dessas pessoas como sujeitos de Direitos, fomentava a criação de novos dispositivos de atendimento a saúde mental com base no movimento sanitário. Após alguns anos em 1987 aparecem as primeiras proposta de reorientação a favor da assistência no II Congresso Nacional do MTSM (Bauru SP) que leva o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

Outro aspecto levantado pelo Ministério da saúde (2005) foi que ano de 1986 é inaugurado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (hoje Centro de Atenção Psicossocial) em São Paulo-SP que se destacou por ser o primeiro a atender pessoas com transtornos Mentais graves fora dos Hospitais. Logo após o hospital Psiquiátrico Anchieta, foi fechado pela secretária municipal de saúde por denuncia de maus tratos e até morte de pacientes, essa ação repercutiu por todo o País e demonstrou sem dúvida a possibilidade de se construir uma nova forma de cuidados que substituísse os hospitais psiquiátricos, na mesma época do ocorrido foram inaugurados na cidade de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que atendiam 24 horas, e também foram criadas cooperativas que prestava atendimento aos antigos pacientes do hospital entre outros.

Ao referir-se a tal assunto o Ministério da Saúde (2005) diz que essa experiência vivida pela cidade de Santos transforma-se em um marco na história da Reforma Psiquiátrica do Brasil, por que trouxe uma grande demonstração de que essa forma de tratamento poderia ser colocado em pratica e não era apenas uma teoria sem sentido, nesse contexto o CAPS se converte em uma referência nas Políticas de Saúde Mental. Em 1988 com a Constituição é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), logo em seguida no ano de 1989 temos abertura no Congresso Nacional o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), Dispõe sobre a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos Mentais, extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, é o princípio das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

Segundo Mello (2001) Motivados pelo projeto de Lei de Paulo Delgado os movimentos sociais adquirem aprovação das primeiras leis que deliberam a substituição gradativa dos leitos Psiquiátricos por uma Rede de Atenção a Saúde

Mental em vários Estados brasileiros (apud VALLI, 2009). Apesar desses avanços apenas no ano de 2001, depois de longos anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei 10.216 que diz respeito à proteção e os direitos das pessoas que possuem transtornos mentais e retrata-se como uma nova mudança no modelo assistencial em saúde mental foi legalizada. A partir dessa Lei a assistência à saúde mental é redirecionada beneficiando o tratamento dos serviços de base comunitária, e como um fator determinante incentivando o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Segundo Vasconcelos (2008, apud SCHEFFER; SILVA, 2014).

Em 2001 chega ao fim o impasse da aprovação da Lei n. 10.216/2001, Sancionada em 6 de abril de 2001. A lei direciona e redireciona a Atenção à Saúde Mental, que regulamenta a não internação dos indivíduos que têm transtorno. Mental; consiste também em um novo modelo de assistência psiquiátrica. na internação social do usuário com transtorno mental, bem como a implantação. de Residências Terapêuticas e Centros de Atenção Psicossocial e direitos colocado Pelo Estado para os usuários com transtorno mental (CAPS).

No momento atual pode se observar que, a construção de uma rede de atenção a saúde Mental vem substituindo a internação hospitalar, a partir dessa perspectiva, percebe-se que a Reforma Psiquiátrica está se estabelecendo como Política oficial do Governo Federal, ainda que debilitada pelo baixo investimento que lhe é destinado. Em contrapartida a Reforma Psiquiátrica acaba agindo contra os princípios da Lei 10.216 (BRASIL, 2001) em relação ao financiamento de comunidades terapêuticas que adquirem uma forma de tratamento na lógica do isolamento. Ainda que obtivemos algumas conquistas no campo da Saúde Mental os planos elaborados pela Reforma Psiquiátrica não foram completamente impostos pela gestão de Saúde, por que isso nos mostra que os serviços existentes não alcançam as demandas propostas pela população que possuem transtornos mentais.

Diante desse contexto no próximo capítulo iremos trazer aos leitores resultados de pesquisa feita no município de Matinhos/PR, onde abordaremos o tema sobre o perfil socioeconômico dos usuários de psicoativos como crack, cocaína e maconha, que fazem tratamento no CAPS da cidade, bem como também como é feito o atendimento oferecido aos usuários do programa.

3. ESTUDO DE CASO SOBRE O ATENDIMENTO FEITO PELO CAPS EM MATINHOS/PR

Localizado no litoral do Paraná com cerca 117,899 km² de área territorial, o município de Matinhos tem segundo estimativa do IBGE 2018 cerca de 40.000 habitantes. Situada a 48km de Paranaguá e a 110km de Curitiba. Conforme o relatório de gestão de saúde de Matinhos sobre o Primeiro quadrimestre, no censo do IBGE de 2010 a população masculina representa 14.335 habitantes, e a população feminina 15.093. Em matinhos a população feminina é maior que a masculina, sendo composta de 51,29% de mulheres e 48,71% de homens.

Em Matinhos para atender a população que faz uso abusivo de psicoativos contamos com 1 Centro de Atendimento Psicosocial (CAPS), localizado na Rua Tabajara no centro de Matinhos, ele é um serviço oferecido pelo SUS para tratar exclusivamente pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, usuários de psicoativos entre outras patologias psiquiátricas.

Os CAPS são instituições criadas pelo governo para combater os antigos manicômios e oferecer uma forma de tratamento mais humano e inclusivo, estimulando sua integração com a família e a comunidade, através de acompanhamento específico para cada tipo de necessidade.

Para que uma paciente receba atendimento no CAPS é preciso que ele procure a instituição por livre e espontânea vontade, ou ele pode ser encaminhado pela estratégia saúde da família bem como por alguma outra instituição. Ao chegar na instituição o paciente é atendido por um profissional que irá avaliar seu quadro clínico pra então iniciar os procedimentos adequados.

Para darmos início a apresentação de dados faz-se necessário conhecer um pouco da trajetória, que possibilitou a chegar aos resultados que serão apresentados a seguir.

O primeiro contato com o CAPS de Matinhos/PR se deu no começo do mês de junho de 2018, nesse primeiro contato foi averiguado a possibilidade de se obter informações do banco de dados da instituição, foi feita conversa com um profissional que atende no local, nessa conversa informal não documentada, foi passada a seguinte situação: Que para conseguir realizar esse procedimento teria que protocolar na prefeitura um pedido de autorização do secretário de saúde do

município. Assim como o sugerido foi protocolado o pedido no dia 18 de junho de 2018, obtendo reposta positiva no dia 23 de junho de 2018.

Com Intuito de se conhecer como é feito o atendimento aos usuários de psicoativos que fazem uso abusivo de crack, cocaína e maconha, foi elaborado um questionário para fazer uma breve entrevista com dois profissionais que atuam no local, na entrevista foi feita cinco questões discursivas e 2 questões fechadas relacionadas ao atendimento oferecido pelo CAPS de Matinhos Paraná.

No dia 23 de maio de 2018 foi feito contato com um dos funcionários que trabalham na instituição que agendou a entrevista para o dia seguinte às 9h da manhã, no dia seguinte foi feito conforme o acordado, mais o profissional no momento estava em um atendimento de urgência, ao aguardar por uns instantes um segundo profissional que atua na instituição concordou em responder o questionário, mais não naquele momento, então foi sugerido e acordado pelo profissional de se enviar as respostas através de áudio por rede social para facilitar o processo, outro profissional também solicitou responder as questões da mesma forma e na mesma data combinada.

Ao entrar em contato com os profissionais na data combinada não obteve-se resposta, e por motivos operacionais não pode se concluir essa fase da pesquisa.

Durante o processo de levantamento de dados foi encontrada algumas dificuldades, entre elas, foi barrado o acesso as informações e dados da instituição, necessárias para a composição do trabalho, mesmo com a carta de autorização do secretário da saúde do município solicitada para se ter acesso ao banco de dados do CAPS de Matinhos/PR.

Com propósito de responder ao objetivo Geral do presente trabalho foi elaborado um questionário com 11 questões fechadas para identificar o perfil dos usuários de psicoativos atendidos pelo CAPS de Matinhos/PR e como é feito o atendimento ofertado pela instituição.

Outra dificuldade encontrada é que devido a reformas na estrutura do CAPS de Matinhos/PR não estão acontecendo atividades de grupoterapia, dificultando a aplicação do questionário, para todos os pacientes que fazem o uso abusivo de crack, cocaína e maconha, conseguindo assim aplicar o questionário a apenas 4 usuários que fazem acompanhamento na instituição.

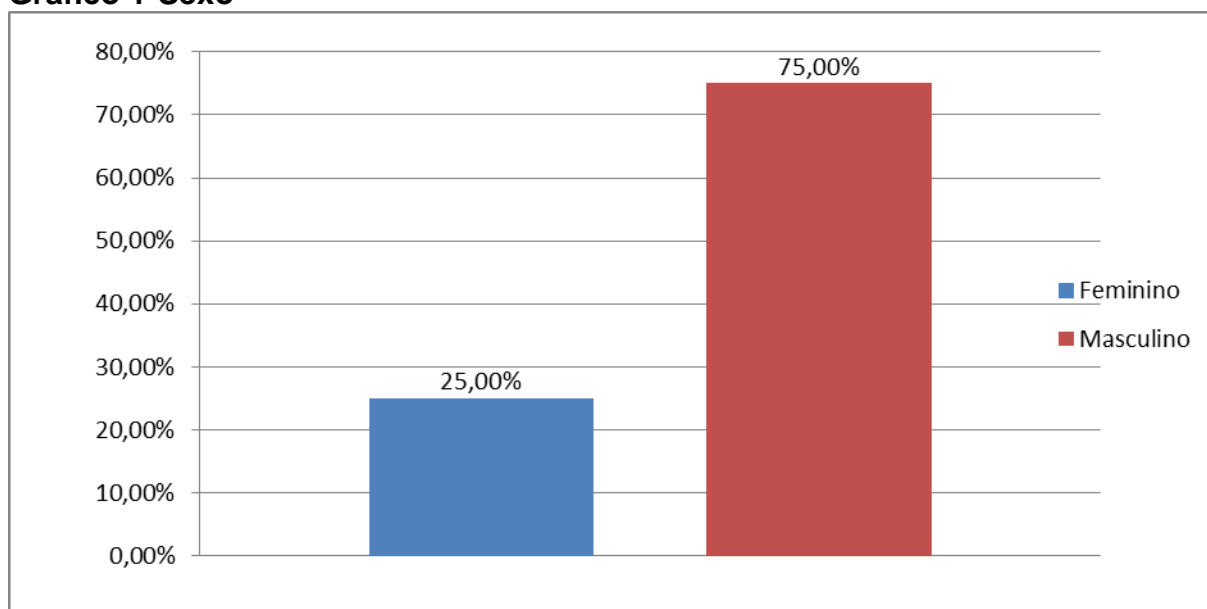
3.1 APRESENTAÇÕES DOS RESULTADOS OBTIDOS EM PESQUISA

Tabela 1 - Sexo

	Qtd.	%
Feminino	1	25,00%
Masculino	3	75,00%
Total Geral	4	100,00%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Conforme tabela1, dos entrevistados, 1(25%) são do sexo feminino e 3(75%) são do sexo masculino.

Gráfico 1-Sexo

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Conforme os dados coletados através de questionário aplicado, pode se observar no gráfico1 que 3 (75%) são do sexo masculino e 1 (25%) do sexo feminino.

Através dos resultados da pesquisa supõe se que a maioria dos usuários que fazem o uso de substancias de psicoativos como crack, cocaína e maconha são do sexo masculino.

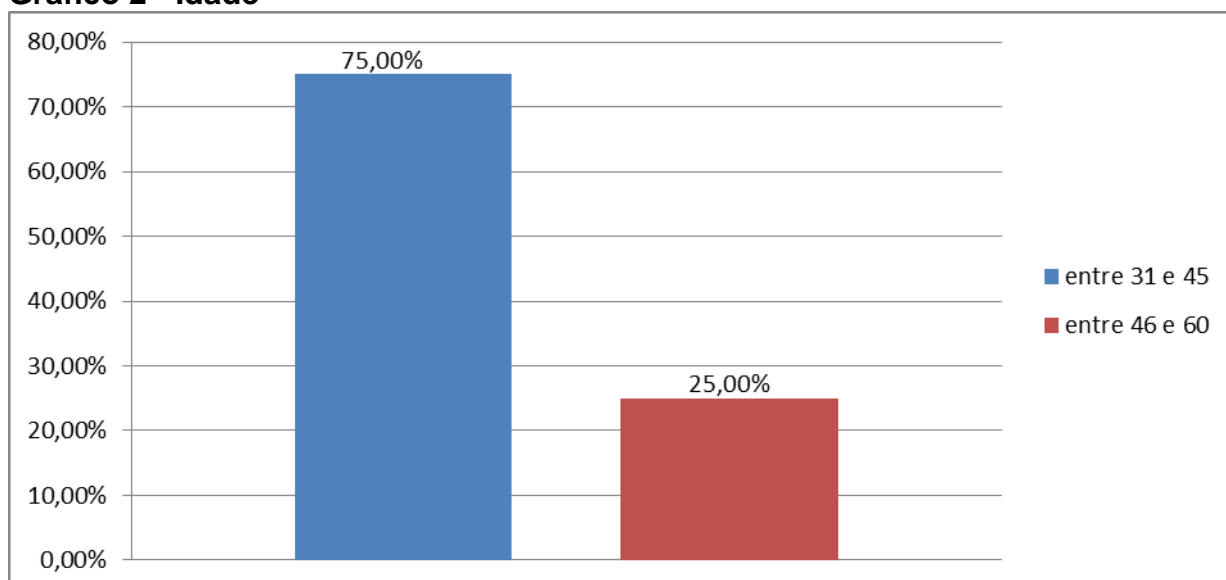
Tabela 2 - Idade

	Qnt	%
Entre 31 e 45	3	75,00%
Entre 46 e 60	1	25,00%
Total Geral	4	100,00%

Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

De acordo com a tabela 2, que diz respeito a idade dos entrevistados, 3 (75%) tem idade entre 31 e 45 anos e 1 (25%) tem idade entre 46 e 60 anos.

Gráfico 2 - Idade



Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

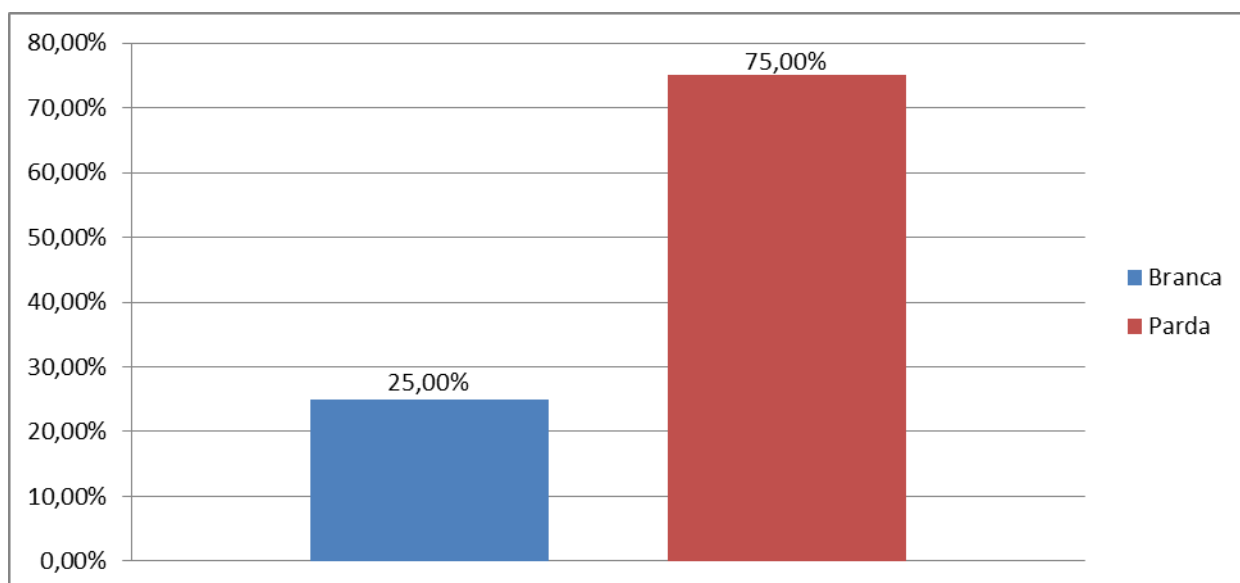
Conforme o gráfico 2, que se refere a idade dos entrevistados 3 (75%) tem idade entre 31 e 45 anos e 1 (25%) tem idade entre 46 e 60 anos. De acordo com essa pesquisa supõe-se que a idade predominante dos usuários de psicoativos está entre 31 e 45 anos.

Tabela 3 - Cor

	Qnt	%
Branca	1	25,00%
Parda	3	75,00%
Total Geral	4	100,00%

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Conforme a tabela 3, das 4 pessoas entrevistadas 1(25%) se declarou da cor Branca e 3(75%) se declarou da cor Parda.

Gráfico 3 - Cor

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

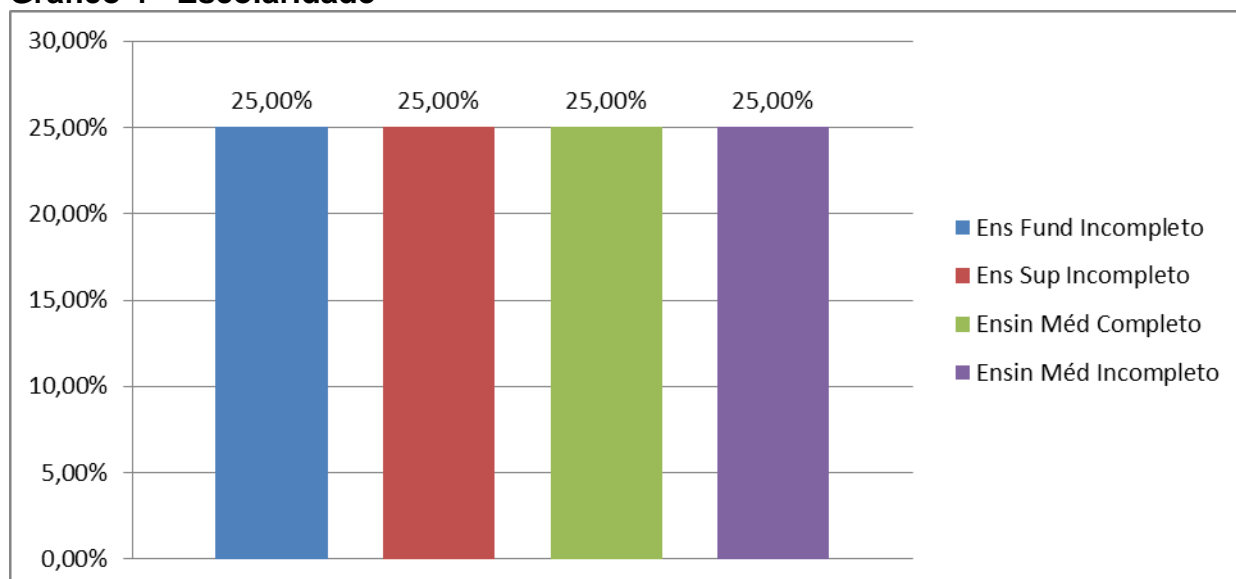
O Gráfico 3 Mostra que 1 (25%) dos entrevistados se declara da cor Branca enquanto que 3 (75%) se declara da cor Parda. Conforme os resultados apresentados acredita-se que a cor parda é a cor preponderante no caso dos usuários de psicoativos atendidos pelo CAPS.

Tabela 4 - Escolaridade

	Qnt	%
Ens. Fund. Incompleto	1	25,00%
Ens. Méd. Incompleto	1	25,00%
Ens. Méd. Completo	1	25,00%
Ens. Sup. Incompleto	1	25,00%
Total Geral	4	100,00%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

A tabela 4 mostra que no quesito escolaridade dos 4 entrevistados 1 (25%) possui Ensino fundamental Incompleto, 1 (25%) possui Ensino Médio incompleto, 1(25%) Possui Ensino Médio completo e 1 (25%) Possui Ensino Superior incompleto.

Gráfico 4 - Escolaridade

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

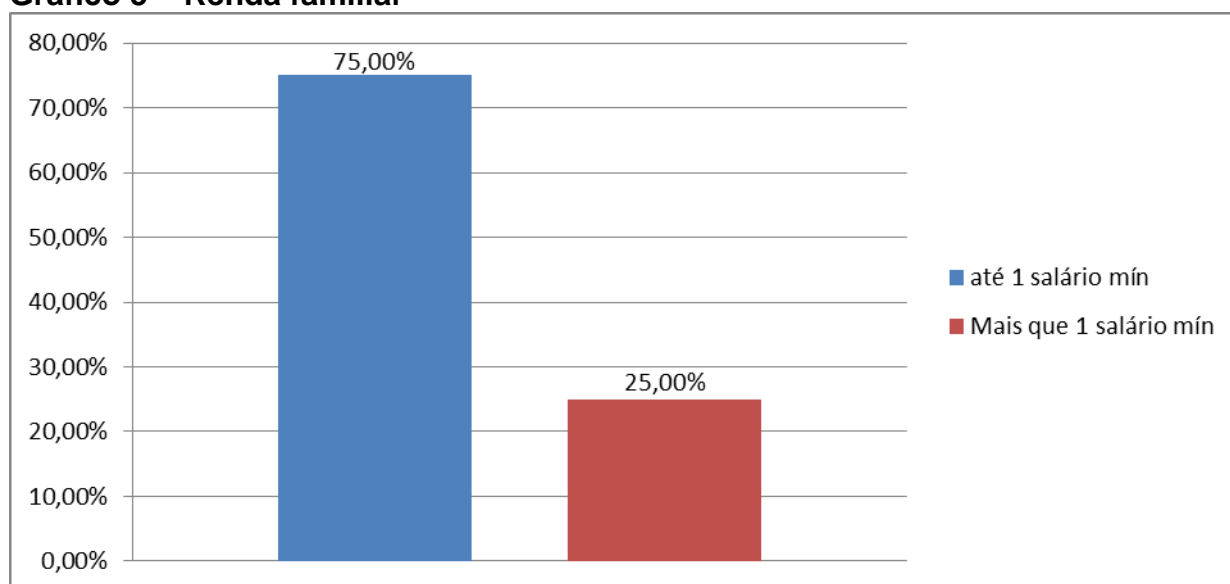
O Gráfico 4 que faz relação ao nível de escolaridade, 1 (25%) possui Ensino fundamental Incompleto, 1 (25%) possui Ensino Médio incompleto, 1(25%) Possui Ensino Médio completo e 1 (25%) Possui Ensino Superior incompleto. Contando que os resultados se divergem e nenhum nível de escolaridade é predominante, supõe-se que os usuários de psicoativos atendidos pelo CAPS de Matinhos-PR estão inseridos em vários níveis de escolaridade.

Tabela 5 – Renda familiar

	Qnt	%
Até 1 salário mín	3	75,00%
Mais que 1 salário mín	1	25,00%
Total Geral	4	100,00%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

A tabela 5 mostra que 3 (75%) possui renda familiar de até um salário mínimo e 1 (25%) possui renda familiar de mais que um salário mínimo.

Gráfico 5 – Renda familiar

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

No gráfico 5 podemos identificar que 3 (75%) dos entrevistados possui renda familiar de até 1 salário mínimo e 1 (25%) dos entrevistados possui renda familiar de mais de 1 salário mínimo. Observando os resultados obtidos supõe-se que entre os usuários de psicoativos atendidos pelo CAPS a maioria pode estar inserida no grupo de pessoas que possuem baixa renda.

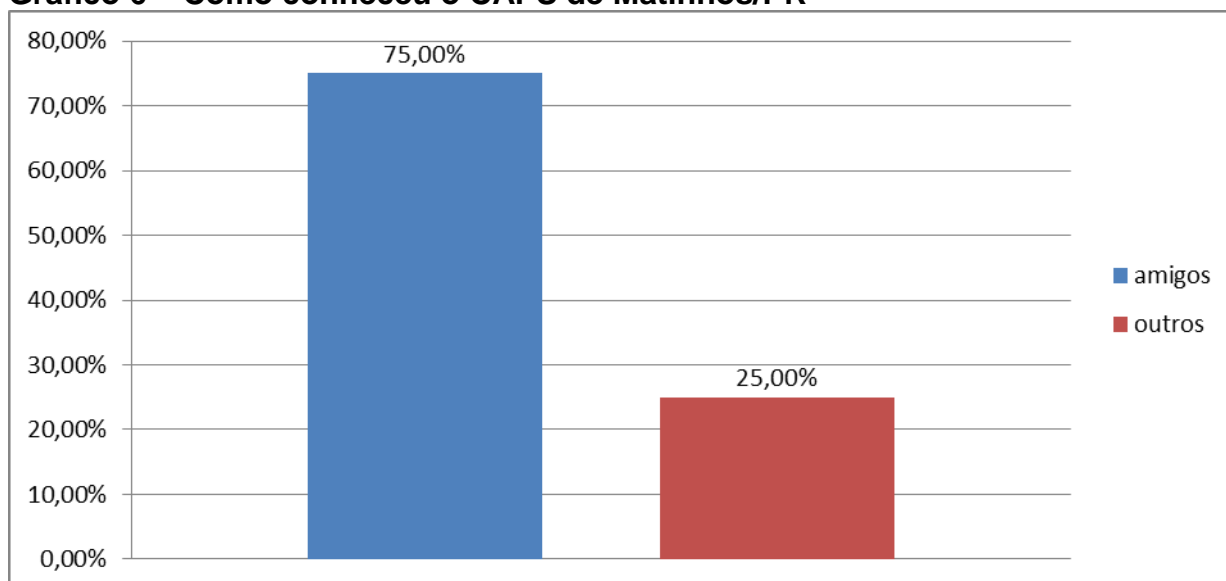
3.2 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO REFERENTE AO ATENDIMENTO OFERECIDO PELO CAPS

Tabela 6 – Como conheceu o CAPS de Matinhos

Como Conheceu o CAPS	Qnt	%
Amigos	3	75,00%
Outros	1	25,00%
Total Geral	4	100,00%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

De acordo com a tabela 6, que diz respeito ao processo que se deu no conhecimento do dispositivo CAPS de Matinhos-PR 3(75%) dos entrevistados responderam que conheceram o CAPS através de amigos e 1(25%) conheceram através de outros meios.

Gráfico 6 – Como conheceu o CAPS de Matinhos/PR

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

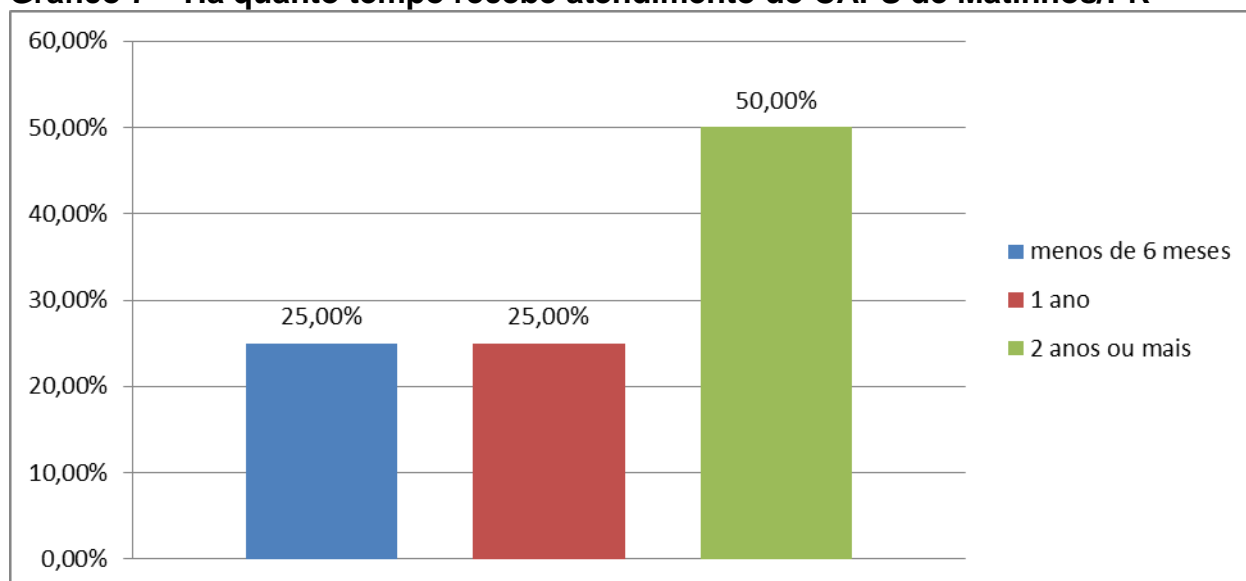
O gráfico 6 mostra que dos entrevistados 3 (75%) conheceram o CAPS através de amigos e 1 (25%) conheceram o CAPS através de outros meios. Observando o resultado da pesquisa supõe-se que o meio de divulgação informal “boca a boca” é bem eficaz

Tabela 7 – Há quanto tempo recebe atendimento no CAPS de Matinhos/PR

	Qnt	%
Menos de 6 meses	1	25,00%
1 ano	1	25,00%
2 anos ou mais	2	50,00%
Total Geral	4	100,00%

Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

Tabela 7 mostra que, em relação ao tempo que cada entrevistado recebe atendimento 1 (25%) recebe atendimento a menos de 6 meses, 1 (25%) recebe atendimento há 1 ano e 2 (50%) recebe atendimento há dois anos ou mais.

Gráfico 7 – Há quanto tempo recebe atendimento do CAPS de Matinhos/PR

Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

O gráfico 7 mostra que, em relação ao tempo que cada entrevistado recebe atendimento 1 (25%) recebe atendimento a menos de 6 meses, 1 (25%) recebe atendimento há 1 ano e 2 (50%) recebe atendimento há dois anos ou mais. Conforme resultados supõe-se que a maioria dos usuários que recebem atendimento no CAPS de Matinhos-PR apreciam o atendimento ofertado e permanecem fazendo o tratamento por longos períodos.

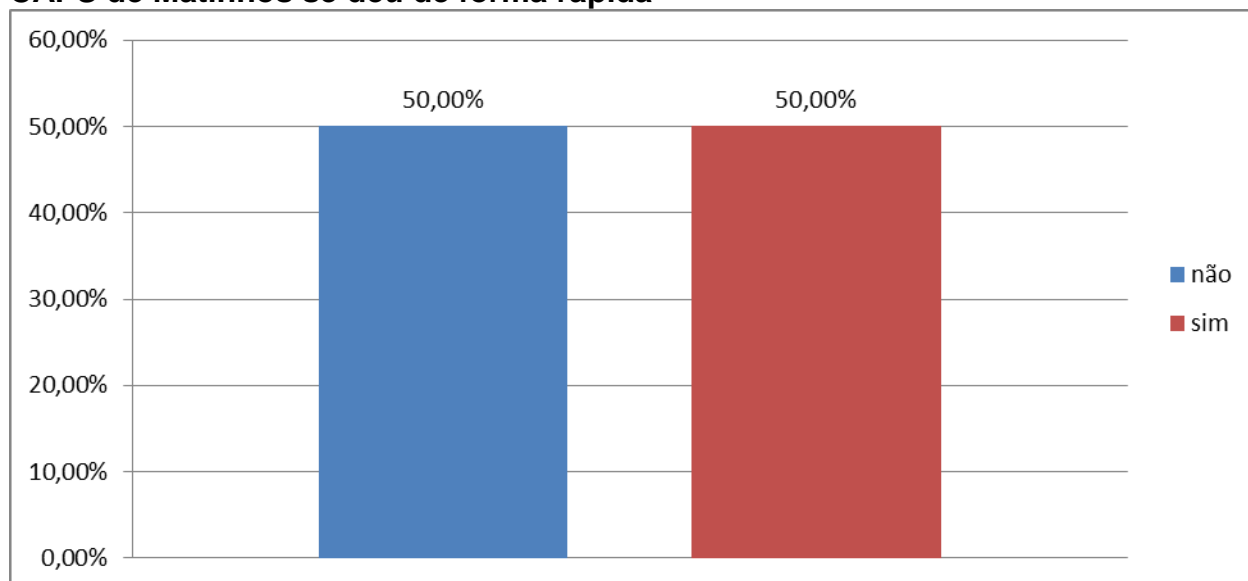
Tabela 8 – Sua inserção nas atividades e nos atendimentos realizados no CAPS de Matinhos se deu de forma rápida

	Qnt	%
Não	2	50,00%
Sim	2	50,00%
Total Geral	4	100,00%

Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

De acordo com a tabela 8, que mostra como se deu a inserção dos usuários nos atendimentos, 2(50%) responderam que sua inserção nos atendimentos ocorreu de forma lenta e 2(50%) dos entrevistados responderam que a inserção nos atendimentos se deu de forma rápida.

Gráfico 8 - Sua inserção nas atividades e nos atendimentos realizados no CAPS de Matinhos se deu de forma rápida



Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

O gráfico 8, mostra como se deu a inserção dos usuários nos atendimentos, 2(50%) responderam que sua inserção nos atendimentos ocorreu de forma lenta e 2(50%) dos entrevistados responderam que a inserção nos atendimentos se deu de forma rápida. Com base nos dados coletados através dos entrevistados supõe-se que a inserção no atendimento tem variações não tendo um padrão exato.

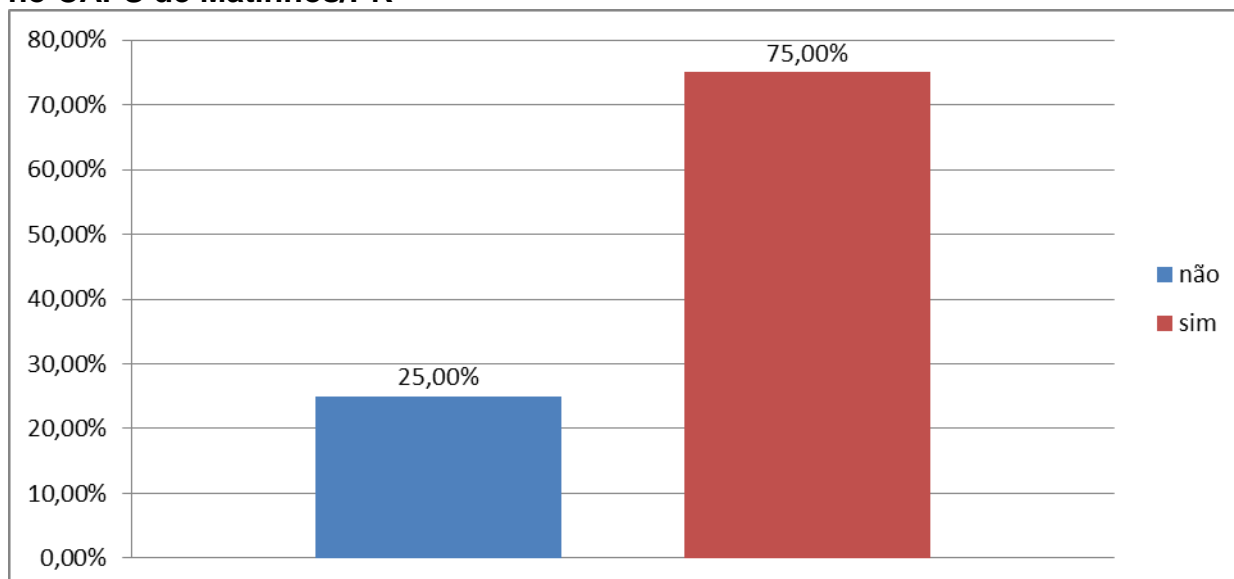
Tabela 9 – Você percebeu melhorias na sua vida após o início do tratamento no CAPS de Matinhos/PR

	Qnt	%
Não	1	25,00%
Sim	3	75,00%
Total Geral	4	100,00%

Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

De acordo com a tabela 9 que diz respeito a melhorias na vida após o início do tratamento no CAPS de Matinhos-PR 1(25%) dos entrevistados respondeu que não percebeu melhorias e 3(75%) dos entrevistados responderam que perceberam que tiveram melhorias na vida após o início do tratamento.

Gráfico 9 - Você percebeu melhorias na sua vida após o início do tratamento no CAPS de Matinhos/PR



Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

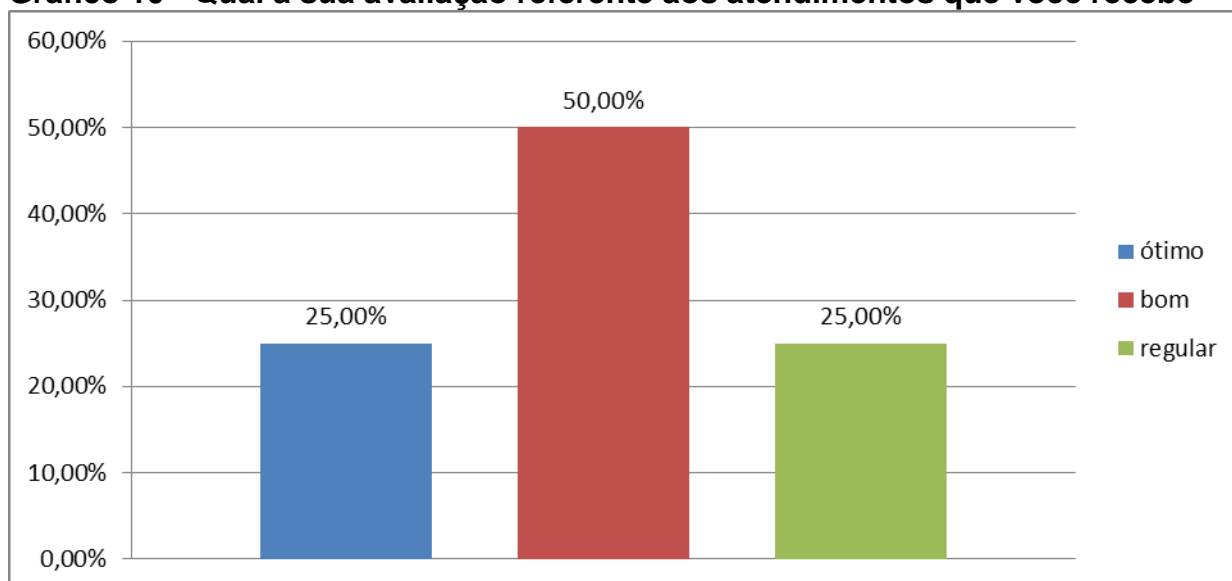
O gráfico 9 Mostra que 3 (75%) dos entrevistados perceberam melhorias no estilo de vida após o início do tratamento ofertado pelo CAPS de Matinhos-PR e 1 (25%) respondeu que não percebeu melhorias após o início do tratamento. Supõe-se que de acordo com os resultados o tratamento ofertado tem trazido melhorias na vida dos usuários.

Tabela 10 – Qual a sua avaliação referente aos atendimentos que você recebe

	Qnt	%
Ótimo	1	25,00%
Bom	2	50,00%
Regular	1	25,00%
Total Geral	4	100,00%

Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

A tabela 10 mostra que em relação a avaliação dos entrevistados para o atendimento ofertado, 1(25%) acha que o atendimento é ótimo, 2 (50%) considera o atendimento bom e 1(25%) avalia o atendimento como regular.

Gráfico 10 - Qual a sua avaliação referente aos atendimentos que você recebe

Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

O gráfico 10 mostra que para os entrevistados em relação a avaliação do atendimento oferecido 1 (25%) considera o atendimento que recebe ótimo, 2 (50%) considera o atendimento recebido bom e 1 (25%) considera o atendimento recebido regular. Considerando que para a maioria dos entrevistados responderam que o atendimento oferecido pelo CAPS de Matinhos-PR está qualificado como “Bom” supõe-se que o atendimento ofertado está em um nível de qualidade mediano.

3.1.1 DADOS DO RELATÓRIO GESTÃO DE SAÚDE MATINHOS-PR

População estimada do ano 2018 (Fonte IBGE) – 34.207

Quadro 1 Perfil Demográfico de Matinhos – PR (Censo 2010 – 29.428 hab.)

População Ano 2010	Quantidade	%
Branca	20.209	72,07%
Preta	802	2,43%
Amarela	197	0,60%
Parda	8.086	24,49%
Indígena	134	0,41%

Fonte: Relatório Gestão de Saúde 1º Quadrimestre, 2019.

De acordo com o Quadro 1, 20.209 (72,07%) da população de Matinhos está inserido no grupo de pessoas que possuem cor Branca, 802 (2,43%) possuem cor Preta, 197 (0,60%) possuem cor Amarela, 8.086 (24,49%) possuem cor Parda, e apenas 134 (0,41%) são Indígenas.

Quadro 2 População- sexo e faixa etária (Censo 2010 -29.428 hab.)

FAIXA ETÁRIA	HOMEM	MULHER	TOTAL
00-04	1.093	1.026	2.119
05-09	1.151	1.142	2.293
10-14	1.435	1.417	2.852
15-19	1.276	1.307	2.583
20-29	2.046	2.142	4.188
30-39	2.013	2.229	4.242
40-49	2.016	2.092	4.108
50-59	1.595	1.895	3.490
60-69	1.070	1.163	2.233
70-79	486	498	984
80+	154	182	336
TOTAL	14.335	15.093	29.428

Fonte: Relatório Gestão de saúde 1º quadrimestre, 2019.

O Quadro 2 mostra que em Matinhos a população masculina representa 14.335 habitantes, e a população feminina 15.093 habitantes, em Matinhos a população feminina é maior que a população masculina.

3.1.2 Saúde mental Centro de Atenção Psicossocial CAPS I

Quadro 3 Produção Serviço social 2019

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
Visita domiciliar	0	0	0	0	0
Atendimento individual	11	25	12	0	48
Grupoterapia (Sessões)	0	0	0	0	0

Acolhimento/Avaliação	0	14	6	0	20
Reuniões de Equipes	1	2	1	0	4
Parecer Laqueadura	0	8	8	0	16
Parecer Diu	0	4	6	0	10
Total	12	53	33	0	98

Fonte: Relatório de Gestão da saúde 1º Quadrimestre 2019

De acordo com o quadro 3, sobre o desempenho do Serviço social no CAPS de Matinhos Paraná, visualizamos que nos quatro primeiros meses do ano de 2019 não houve visita familiar bem também como Sessões de Grupoterapia, supõe-se que existe dificuldades impostas ao Serviço Social no que diz respeito a produção de serviços designados. O mês de fevereiro se destaca como mês que houve maior demanda para os atendimentos individuais alcançando 25 pessoas, em contrapartida já no mês de abril não houve nenhum tipo de atendimento feito pelo Serviço Social.

Quadro 4 Produção Terapeuta Ocupacional

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
Atendimento individual	58	61	97	98	224
Grupoterapia (Pacientes)	0	0	0	0	0
Grupoterapia (Sessões)	0	0	0	0	0
Acolhimento/avaliação	24	5	16	14	59
Total	82	66	115	112	283

Fonte: Relatório Gestão de Saúde 1º Quadrimestre, 2019.

O quadro 4 que diz respeito ao atendimento feito pelo Terapeuta Ocupacional Mostra que houve uma grande demanda nos atendimentos individuais, alcançando 98 atendimentos no mês de abril do ano de 2019, em contrapartida se destacam também os trabalhos de Grupoterapia que não foram desempenhados nesse ano, supõe-se que haja dificuldades para realizar essa atividade no CAPS de Matinhos-PR

Quadro 5 Produção Psiquiatria

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
Atendimento individual	8	57	95	87	247

Fonte: Relatório Gestão de Saúde 1º Quadrimestre, 2019.

O Quadro 5 mostra que em relação ao atendimento de Psiquiatria o mês de março foi o mês que obteve a maior demanda alcançando 95 atendimentos, em contrapartida o mês de janeiro obteve o resultado de 8 atendimentos realizados.

Quadro 6 Produção Clínica Geral

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
Atendimento individual	132	204	108	177	621

Fonte: Relatório Gestão de Saúde 1º Quadrimestre, 2019.

O quadro 6 se refere ao atendimento da clinica geral, nos mostra que no mês de fevereiro houve maior demanda com 204 atendimentos e no mês de Março o menor demanda com 108 atendimentos realizados.

Quadro 7 Produção Psicologia

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
Acolhimento Individual	96	159	147	140	542
Acolhimento/Avaliação	0	8	9	8	25

Fonte: Relatório Gestão de Saúde 1º Quadrimestre, 2019.

O Quadro 7 mostra que o desempenho Psicólogo para o atendimento individual possuiu uma grande demanda, sendo menor no mês de janeiro com 96 atendimentos e a maior no mês de fevereiro com 159 atendimentos realizados.

Quadro 8 Produção Enfermagem

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
Aplicação Injetável	13	12	11	8	44
Atendimento Individual	32	79	95	81	287
Grupoterapia (Sessões)	0	0	0	0	0

Grupoterapia (Pacientes)	0	0	0	0	0
Acolhimento/Avaliação	12	25	19	7	63
Total	57	116	125	96	394

Fonte: Relatório Gestão de Saúde 1º Quadrimestre, 2019.

O quadro 8 mostra os resultados de atendimentos feito na área de enfermagem, como nos outros casos ocorridos também não houve atendimentos na modalidade Grupoterapia, acredita-se que esta atividade não está ocorrendo em função de não se ter espaço adequado, como foi observado em visita que o CAPS de Matinhos está passando por reformas no momento,

Quadro 9 Produção Artesã

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
Atendimento Individual	0	0	6	0	6
Grupoterapia (Sessões)	0	0	0	0	0
Grupoterapia (Pacientes)	0	0	0	0	0
Total	0	0	6	0	6

Fonte: Relatório Gestão de Saúde 1º Quadrimestre, 2019.

O Quadro 9 mostra que durante os quatro primeiros meses não houve trabalho realizado pela Artesã com exceção no mês de março que teve 6 atendimentos individuais. Supõe-se que para atingir os objetivos a Artesã tenha dificuldade

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este presente trabalho tem por objetivo geral Identificar como funciona o atendimento aos usuários do CAPS de Matinhos-PR, para isso foi feito uma revisão do contexto histórico da saúde no Brasil, e como se deu a implementação do CAPS no país. A partir disso foi feito pesquisa exploratória a fim de se conhecer a

instituição em nosso município, com intuito de identificar como se dá o atendimento no CAPS de Matinhos, foi feito também questionário para entrevista referente ao processo do atendimento prestado aos usuários (Apêndice 1) bem como também consulta de dados no 1º relatório quadrimestral da Saúde do município.

Em relação a entrevista com os profissionais que prestam atendimento na instituição, não se pode atingir o objetivo proposto por motivos operacionais. Ao se ter acesso ao Relatório da gestão de saúde foi identificado que o trabalho do Serviço Social não foi desenvolvido em sua totalidade (quadro 3) pode se observar que nos primeiros 4 meses do ano de 2019, não foi feita visita domiciliar, a não realização da visita domiciliar implica diretamente nos resultados obtidos, pois é através dela que se pode agregar outros instrumentais técnico-operativos como a observação e a entrevista, pois compete ao Assistente Social fazer uma leitura crítica da realidade em que vive o usuário, ressaltando que a visita domiciliar deve sempre estar pautada pelos princípios éticos.

A visita domiciliar é um instrumento técnico-metodológico que é empregada na prática da profissão, pois facilita a aproximação do profissional à realidade do usuário. Assim, a intervenção e o estudo social no locus proporcionam uma coleta de dados mais eficaz. O estudo social é utilizado amplamente em vários campos, e o Assistente Social por meio da observação da visita domiciliar e da entrevista realizada, coleta as informações fazendo a interpretação através do diagnóstico da situação para os interessados. (SOMER; MOURA, 2014)

4.1.1 Foi identificado também que nos 4 primeiros meses do ano de 2019, não foi desenvolvido trabalhos de grupoterapia por nenhum dos profissionais que atuam no CAPS de Matinhos, a dificuldade encontrada na não realização dos trabalhos de grupoterapia está em desacordo com a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 no tratamento dos usuários que diz respeito a assistência prestada pelos CAPS I, no Artigo 4.1.1b.

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias (BRASIL, 2002).

Em relação ao problema da pesquisa, analisando os dados obtidos em pesquisa através do relatório de Gestão da saúde em Matinhos, percebe-se que o atendimento oferecido pelo CAPS de Matinhos ainda não está adequado, como o previsto na Lei acima.

Para identificar o perfil socioeconômico dos usuários foi aplicado questionário com 11 questões fechadas (apêndice 2), através do questionário foi identificado que 3 de 4 usuários possuem renda familiar de até um salário mínimo.

Com relação a cor foi identificado que 3 de 4 usuários entrevistados possuem cor Parda, e sobre nível de escolaridade os resultados indicaram que nenhum dos entrevistados possui ensino superior completo. Tendo por base os resultados obtidos em pesquisa através do questionário, o resultado obtido pode ser um indicativo de que os usuários do CAPS estão inseridos no grupo de pessoas que possuem baixa renda, com predominância na cor parda e possuindo um nível de escolaridade que alcança no máximo o ensino médio completo.

Analisando as características do perfil de usuários de psicoativos como crack, cocaína e maconha, acredita-se que, os usuários atendidos pelo CAPS de Matinhos sejam pertencentes ao grupo de pessoas que possuem vulnerabilidade social que se resultam no aumento da desigualdade social.

Nesse quesito uma das maneiras' que alguns países descobriram para reduzir a desigualdade social foi oferecer serviço público de qualidade, para Gonzalez (2018) 193 países assumiram compromissos com a ONU em Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que são 17 e tem prazo para cumprimento até 2030 apesar disso nem todos os países estão levando esse compromisso com seriedade. Nesse contexto a autora mantém o foco no objetivo sustentável número 10, que diz respeito a necessidade dos países da ONU a reduzirem a desigualdade social. Segundo um estudo feito por duas organizações não governamentais a Oxfam e a Development Finance International (DFI), estudo que abrangeu dados de 157 países em suas políticas de gastos sociais, impostos e direitos trabalhistas. Entre os países que fizeram progresso na redução da desigualdade social incluem-se Geórgia, que aumentou gastos em educação em quase 6% em 2017 e a Indonésia que aumentou seu salário mínimo em quase 9 %.

O país que mais investiu em diminuição da desigualdade social foi a Dinamarca, segundo os estudos a Dinamarca tem uma longa história de políticas que proporcionaram um aumento na tributação, generosos gastos sociais e melhores políticas para proteção dos trabalhadores, apesar disso a situação na Dinamarca tem mudado por causa do modo operacional dos recentes governos que estão revertendo algumas dessas políticas, e por causa disso a desigualdade social tem aumentado significativamente.

No Brasil os dados em relação a desigualdade social eram bem pontuados nos governos anteriores, mais atualmente com o congelamento de gastos sociais de 20 anos tem colocado esse progresso em risco, portanto levando em conta os usuários do CAPS e o atendimento ofertado percebemos que o problema do atendimento é resultado de múltiplas determinações.

Neste contexto pode se compreender a história e a importância dos Centros de Atenção Psicossocial no tratamento de pessoas que fazem o uso abusivo de psicoativos bem também como, o Movimento da reforma psiquiátrica e as inúmeras lutas na busca de um tratamento humanizado.

O estudo contribuiu com a sistematização do perfil socioeconômico dos usuários de psicoativos como crack, cocaína e maconha para auxiliar em futuros estudos e projetos com esse público, como também, no conhecimento da realidade local.

Os CAPS têm sido modelo de referência no tratamento, com uma estrutura física e ideológica que trabalha a favor da desospitalização, garantindo o resgate da autonomia para seus pacientes.

Apesar desses benefícios quero deixar ao leitor um pouco do retrocesso que estamos vivendo na área da saúde mental, no ano de 2013 o Conselho deliberativo da Fiocruz aprovou uma recomendação para a retirada da pauta do Projeto de Lei 7.663/2010 que naquele ano estava pronto para ser votado pela câmara dos Deputados, a Lei estabelece a criação de um cadastro para usuários de psicoativos e ainda prevê a internação involuntária e aumento da pena por envolvimento por substâncias ilícitas.

De autoria do Deputado Osmar Terra (PMDB-RS) o projeto estava em pauta para ser votado no plenário da câmara, que foi aprovado por, 344 votos a 6 e 6 abstenções, o regime de urgência para o PL7663/10.

De acordo com a Fiocruz o presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps) e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), Paulo Amarante, "o projeto do deputado Osmar Terra é muito surpreendente, porque ele foi um militante do movimento da Reforma Sanitária e integrante do quadro formulador das políticas do SUS. Então, eu vejo o projeto como um retrocesso, porque é de maior criminalização e, quanto maior a criminalização e a estigmatização, piores são os resultados e pior o envolvimento dos usuários em tratamentos, o que aumenta ainda mais a barreira da ideia do drogado como pessoa indesejada e inimiga pública da sociedade. Essa pessoa é alguém que queremos tratar e cuidar. Eu entendo como retrocesso. Está havendo uma grande mobilização contrária e a Abrasme também está envolvida contra isso".

segundo Garcia (2019), o Senado aprova projeto que prevê internação involuntária de dependentes químicos no dia 15/05/2019, de acordo com Garcia como o texto já foi aprovado pela Câmara dos Deputados, seguirá para a sanção do presidente Jair Bolsonaro. Apresentado pelo Deputado Osmar Terra (MDB-RS), atual ministro da cidadania, o projeto foi aprovado em 2013 e encaminhado naquele ano ao Senado.

O projeto de internação involuntária acaba com a política de redução de danos que tem por objetivo reduzir os danos relacionados ao uso de drogas psicoativas em usuários que não podem ou não querem parar de usar essas substâncias, além disso também fere o Art. 1º parágrafo III da Constituição Federal de 1988 que diz respeito a dignidade da pessoa humana.

Diante do Contexto essa Pesquisa possibilitou entender que o período que estamos vivendo é um período de retrocessos, pois estamos voltando a forma de governo de alta repreensão e aumentando a criminalização estigmatizando essa população, acarretando uma piora no quadro de usuários de psicoativos, enquanto que países desenvolvidos como EUA estão adotando políticas de legalização da droga, e adotando políticas protetivas a esses usuários um exemplo disso é os centros de aplicação de heroína, que diminuiu significativamente o índice de mortalidade desses usuários.

REFERÊNCIAS

. VALLI, Lorena Ayala. **A IMPORTÂNCIA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NA REABILITAÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO MENTAL**. 2009. 25 f. Monografia (Especialização) - Curso de Secretaria de Estado da Saúde Programa de Aprimoramento Profissional, Faculdade de Medicina de Marília, Marília, 2009. Cap. 1. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/660-Ayalla_2009%20(2).pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

Acesso em: 15 jun. 2019

AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS (Ed.). **Conselho Deliberativo da Fiocruz recomenda rejeição à Lei 7.663/2010**. 2013. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/conselho-deliberativo-da-fiocruz-recomenda-rejeicao-lei-76632010>>. Acesso em: 23 jun. 2019.

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 21, n. 63, p.811-821, 22 jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0760>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 14 maio 2019.

BRASIL. MINISTRO DA SAÚDE. . **PORTARIA Nº 336**. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>.

Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. NAÇÕES UNIDAS BRASIL.. **Acordo prevê resposta às drogas sob perspectiva de saúde pública nas Américas**. 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/acordo-preve-resposta-as-drogas-sob-perspectiva-de-saude-publica-nas-americas/>>. Acesso em: 14 maio 2019.

Brasil. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 jul. 2019

BRASILIA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>.

COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006. 164 p.

GARCIA, Gustavo. **Senado aprova projeto que prevê internação involuntária de dependentes químicos**. 2019. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/05/15/senado-aprova-projeto-que-preve-internacao-involuntaria-de-dependentes-quimicos.ghtml>>. Acesso em: 22 jun. 2019.

GONZALEZ, Amélia. **Índice mostra o que os países têm feito para diminuir a desigualdade social**. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/natureza/blog/amelia-gonzalez/post/2018/10/17/indice-mostra-o-que-os-paises-tem-feito-para-diminuir-a-desigualdade-social.ghtml>>. Acesso em: 28 jun. 2019.

HORA, Taiane Damasceno da. **Sistematização da Prática do Serviço Social: uma análise bibliográfica sobre o tema**. 2016. Disponível em: <<http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/068.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

IBAÑEZ, Nelson et al. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. 816 p. (11-1228).

MOTA, Ana Elizabete et al (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 408 p.

O ESTIGMA DO USO DE DROGAS. Brasília: Serra Dourada, v. 2, 2016. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2019.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: uma pequena revisão**. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2019.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 118, p. 366-393, June 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 23 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282014000200008>.

SOMER, Diana Galone ; MOURA, Reidy Rolim de. Visita domiciliar, instrumento que potencializa a atuação do Assistente Social. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVII, n. 123, abr 2014. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14704>. Acesso em jun 2019.

SPOHR, Bianca. Lógica psiquiátrica e reforma em saúde mental. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 559-570, dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 jun. 2019.



APÊNDICE 1 – ENTREVISTA ENCAMINHADA AO PROFISSIONAL 1 E AO PROFISSIONAL 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ-SETOR LITORAL

CURSO SERVIÇO SOCIAL

Este questionário tem como objetivo obter informações sobre a característica dos atendimentos feitos ao usuário de psicoativos como Maconha, Crack e Cocaína atendida pelo CAPS de Matinhos/PR, resposta com sinceridade. Ressaltamos que toda e qualquer resposta aqui fornecida terá como único objetivo o desenvolvimento de um trabalho de pesquisa na requerida Universidade e a Identidade dos respondentes será mantida em total anonimato. Muito obrigada pela sua colaboração.

1. Como é feito o atendimento do XXXXXXXXXXXXXXX no CAPS de Matinhos/PR?
2. Quais redes o profissional mais utiliza para o encaminhamento dos usuários de psicoativos?
3. Qual maior dificuldade do profissional para potencializar seus atendimentos nos casos de usuários de psicoativos como Crack, maconha e cocaína?
4. O espaço disponibilizado é adequado para fazer todo o processo necessário no atendimento de usuários de psicoativos como Crack, maconha e cocaína?
5. A equipe técnica do CAPS de Matinhos/PR consegue atender todas as demandas dos usuários de Psicoativos como: Crack, maconha e cocaína?
6. Você enquanto profissional, avalia de qual forma o trabalho da equipe técnica do CAPS de Matinhos/PR?

() Ótimo() Bom() Regular
7. Na Maioria dos casos de usuários de psicoativos como: Crack, maconha e cocaína a família costuma acompanhar o tratamento?

() sim() Não() As vezes

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS DE PSICOATIVOS COMO CRACK, COCAÍNA E MACONHA.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ-SETOR LITORAL

CURSO SERVIÇO SOCIAL

Ao colaborador, este questionário tem como objetivo obter informações sobre as características gerais do grupo de usuários de psicoativos como maconha, cocaína e crack atendidos pelo CAPS de Matinhos/PR, responda com sinceridade. Ressaltamos que toda e qualquer resposta aqui fornecida terá como único objetivo o desenvolvimento de um trabalho de pesquisa na requerida Universidade e a identidade dos respondentes será mantida em total anonimato. Muito obrigada pela sua colaboração.

1. Você se declara do Sexo?

- ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ homossexual ☐ Outros

2. Faixa etária?

- ☐ até 18 anos ☐ entre 31 e 45 ☐ acima de 60
☐ entre 19 e 30 Anos ☐ entre 46 e 60

3. Escolaridade?

- ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Superior Incompleto
☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Superior Completo
☐ Ensino Médio Incompleto
☐ Ensino Médio Completo

4. Cor?

- ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Negra
☐ Indígena ☐ Parda

5. Nacionalidade?

- ☐ Brasileiro(a) ☐ Não Informado
☐ Brasileiro(a) Naturalizado(a) ☐ Brasileiro(a) Nato(a) nascido(a) no exterior
☐ Estrangeiro(a)

6. Qual sua renda Familiar?

- ☐ até um salario mínimo ☐ Mais que um salario mínimo

7. Há quanto tempo recebe atendimento no CAPS de Matinhos/PR?

- ☐ Menos de 6 meses ☐ 1 ano ☐ 2 anos ou mais

8. Como conheceu o CAPS de Matinhos/PR?

- ☐ Amigos ☐ Jornal ☐ Radio ou TV ☐ Internet ☐ Outros

9. Qual sua avaliação referente aos atendimentos que você recebe?

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular

10. Você Percebeu melhorias na sua vida após o início do tratamento no CAPS?

- ☐ Sim ☐ Não

11. Sua Inserção nas atividades e nos atendimentos realizados no CAPS de Matinhos/PR se deu de forma rápida?

- ☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Titulo da pesquisa:

Perfil dos usuários de psicoativos como Crack, maconha e cocaína atendidos pelo CAPS de Matinhos /PR

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“Perfil dos usuários de psicoativos como Crack, maconha e cocaína atendidos pelo CAPS de Matinhos /PR”**, realizada em **“CAPS de Matinhos/PR”**. O objetivo da pesquisa é “identificar o perfil socioeconômico dos usuários do CAPS”. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: reposta a um questionário fechado acerca da temática, contendo 11 questões. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas para os fins desta pesquisa, com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados são: **compreensão dos limites e possibilidades sobre o atendimento oferecido pelo CAPS**. Essa pesquisa não oferece risco a nenhum dos participantes envolvidos. Informamos, ainda, que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar:

Pesquisador: (Tanata Landgraf Martinez Contato: (41)XXXXXXXXXXXX e-mail tanXXXXXXXX@hotmail.com)

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Matinhos, ____ de _____ de 2019.

(_____), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____

Data: _____

Obs: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, deve ser incluído o campo para assinatura do menor e do responsável. **No TCC os participantes serão identificados com nome fictícios.**

Obs: o TCLE deve ser preenchido e assinado em duas vias devendo deixar uma com o participante entrevistado e outra fica guardada com vocês